HISTOIRE

DE

LA MÉDECINE.

VIII.

HISTOIRE
DE
LA MÉDECINE,

DEPUIS SON ORIGINE JUSQU'AU DIX-NEUVIÈME SIÈCLE,

PAR KURT SPRENGEL;

Traduite de l'allemand sur la seconde édition,

PAR A. J. L. JOURDAN.

DOCTEUR EN MÉDECINE DE LA FACULTÉ DE PARIS.

TOME HUITIÈME.

A PARIS,

Chez BÉCHET, Libraire, place de l'Ecole de Médecine, N.o 4.

A Montpellier, Chez A. GABON, Libraire.

M. DCCC. XX.

AVERTISSEMENT DE L'ÉDITEUR.

Quoique cette suite de l'Histoire des principales opérations de chirurgie ne soit pas de Kurt Sprengel lui-même, mais de son fils, Guillaume, comme elle a été faite d'après les conseils et sous les yeux du savant auteur de l'Histoire de la Médecine, nous avons pensé qu'on nous saurait gré de compléter l'un des plus beaux monumens historiques dont notre siècle ait à s'honorer, en publiant la traduction du travail d'un jeune médecin, dont le début donne lieu d'espérer qu'il saura soutenir l'éclat d'un nom justement célèbre.

SECTION DIX-HUITIÈME.

HISTOIRE DES PRINCIPALES OPÉRATIONS DE CHIRURGIE.

CHAPITRE QUATORZIÈME.

Des Opérations, autres que la cataracte et la fistule lacrymale, qui se pratiquent sur les yeux.

Il est vraisemblable qu'on a connu et pratiqué de bonne heure plusieurs opérations sur les yeux, sans qu'il nous soit parvénu aucun renseignement précis à cet égard, à moins qu'on ne veuille alléguer en faveur de la haute antiquité de l'opération du leucoma, la guérison de Tobie par le fiel d'un poisson, après l'application duquel le corps qui interceptait la vue s'enleva comme la pellicule d'un œuf (1). Il paraît aussi que diverses maladies des yeux, et peut-être même quelques opérations, se trouvaient décrites dans les livres d'Hermès Misri, fils de Ménès ou Taaut (2), et Galien cite un remède de Machaon contre l'hypopyon (3). D'ailleurs on ne peut douter que la médecine oculaire n'ait fait de grands progrès chez les Egyptiens. L'habileté de ce peuple dans la guérison des maux d'yeux était connue fort au loin. Hérodote rapporte en effet que Cyrus pria le

(1) Tobie, C XIV. 13. 14. 15. — Comparez, *Mauchart*, *Diss. Tobiæ leucomata*, dans *Haller*, *Diss. chirur. tom.* II. p. 365.

(2) *Clem. Alexand. Stromat. lib.* VI. *cap.* 4. (*Opp. ed. Potter. Oxford.* 1715. T. II). p. 758.

(3) *Galen. comp. sec. loc.* L. III. (*ed. Basil.* 1538. *Pars* II). p. 216.

roi Amasis de lui envoyer sur-tout un bon oculiste de ses états (1).

La première opération sur les yeux dont nous trouvions la description dans Hippocrate est l'ophthalmoxyse, qui consiste à racler et amincir les paupières par leur face interne. A la vérité, le vieillard de Cos ne la décrit pas d'une manière bien précise; mais on voit cependant qu'il avait coutume de l'employer, conjointement avec les cautères, à la région dorsale, dans les inflammations des paupières, qui se manifestent à l'époque de la puberté. Il pratiquait cette opération avec les aiguillons de l'*Atractylis* (*Carthamus leucocaulos*, *Sibthorp*, *Smith*), qu'il entourait de laine de Milet, pour les empêcher de pénetrer à une trop grande profondeur. Au nombre des précautions qu'elle exige, il range celle de ne point trop s'approcher du bord de la cornée transparente (ce qui annonce qu'il scarifiait quelquefois aussi la conjonctive étendue sur la sclérotique), de ne pas blesser le cartilage, et de s'arrêter lorsque ce n'est plus du sang pur, mais un ichor séreux ou sanguinolent qui s'écoule. Quand les paupières sont trop épaisses de leur nature, il conseille d'en exciser l'intérieur, et de les cautériser ensuite, avec l'attention de ménager les cils (2). Il recommande aussi, contre l'amaurose, une espèce d'hypospathisme, qui consiste à détacher les tégumens du crâne après les avoir incisés.

Dans un autre endroit, il parle, mais en termes fort obscurs, d'une opération contre la trichiase. Il veut qu'on enfonce de haut en bas une aiguille

(1) *Herodot. Euterpe* (*ed. Reiz. Lips.* 1778). p. 170. et *Thalia*, p. 231.

(2) *Hippocrate*, περὶ ὄψιος, *Opp. ed. Foes. Genev.* 1607. p. 688. — Comparez *Mauchart*, *Diss. de ophthalmoxysi novantiquâ*, dans *Haller*, *Diss. chirurg.* T. I. p. 317.

garnie d'un fil à la partie supérieure et la plus tendue des paupières, qu'on en passe une seconde à la partie inférieure, qu'on noue les fils ensemble, et qu'on les laisse en place jusqu'à ce qu'ils tombent d'eux-mêmes. Si la maladie n'est point alors guérie, il faut recommencer (1).

Ces deux opérations sont les seules dont Hippocrate fasse mention; mais on peut juger d'après plusieurs de ses Pronostics, qu'il en connaissait d'autres encore. A la vérité, il prétend que tout espoir de guérison doit s'évanouir lorsque l'œil est rompu et tellement saillant que la pupille a quitté tout-à-fait sa place; mais il croit néanmoins qu'un déplacement moins considérable de cette dernière peut se guérir chez les jeunes gens. Les cicatrices produites par les ulcères cèdent toujours au temps et à des soins bien entendus, sur-tout lorsqu'elles sont récentes, et que le sujet est peu avancé en âge. Le caligo, le néphélion et la taie disparaissent aussi toujours, à moins qu'il ne se forme une plaie dans l'endroit, ou qu'il n'y ait eu autrefois, soit une cicatrice, soit un ptérygion dans le lieu affecté. Mais les cicatrices épaisses, blanches et brillantes sur la pupille, deviennent chaque jour de plus en plus élevées et inégales, de sorte qu'elles laissent des traces ineffaçables (2).

Hippocrate conseille contre les fluxions sur les yeux l'aposképarnismos, opération cruelle dans laquelle on incise les tégumens jusqu'à l'os, et l'application du feu sur les veines qui se rendent à l'œil (3).

Après Hippocrate vécurent plusieurs médecins,

(1) *De diætâ in oculis*, sect. IV. p. 406.
(2) *Prædict.* II. p. 102. — Comparez, *Mauchart*, *Diss. de maculis corneæ*, dans *Haller*, *Diss. chirurg.* T. I. p. 345.
(3) *De locis in homine*, p. 413. 414.

tels que Philon, Denys, Cléon, Théodote, Evelpide (1) et Erasistrate (2), dont les remèdes contre certains maux d'yeux sont parvenus jusqu'à nous, sans qu'aucun d'eux soit désigné comme opérateur. Nous connaissons aussi un collyre contre les taches de la cornée, dont l'invention est attribuée à Alexandre-le-Grand (3).

Heraclide de Tarente fut le premier qui opéra l'ankyloblépharon et le symblépharon. Il détruisait les adhérences avec un instrument tranchant, qu'il avait soin de faire agir davantage sur la paupière que sur le globe : ensuite il recommandait au malade de tourner souvent l'œil pour prévenir la formation de nouvelles adhérences, et il lui prescrivait l'emploi des collyres détersifs. Mégès de Sidon, qui pratiquait l'opération d'après cette méthode, ne la vit jamais réussir ; les paupières se recollaient toujours, soit l'une avec l'autre, soit avec le globe de l'œil (4). Il paraît vraisemblable qu'Héraclide guérissait la trichiase en collant les cils sur la face externe des paupières, car Galien nous a conservé la recette de plusieurs emplâtres agglutinatifs qu'il avait imaginés pour remplir cette indication. (5)

Démosthène de Marseille combattait la lagophthalmie par une incision demi-circulaire, dont les cornes devaient être tournées vers les cils (6). Quant aux corps étrangers dans l'œil, il en faisait l'extraction avec les doigts, ou au moyen de sub-

(1) *Celsus ed Targ. Argentorat.* 1806. L. VI, c. 6, p. 317.

(2) *Aetius, Tetrab. II, Serm. III, c. 20, ed. Lugd. Batav. P. II, p.* 409. — *Oribasius Synopsis ad Eustath. L. III, ed. Venet. ap. Paul. Manut. p.* 68.

(3) *Aetius, l. c, c.* 39, *p.* 446.

(4) *Celsus, l. VIII, c.* 7, §. 6, *p.* 386.

(5) *Galen. compos., sec. loc., lib. IV, Opp. ed. cit., Pars II, p.* 210.

(6) *Aetius, Tetrab. II*, S. *III*, c. 73, p. 492.

stances attractives, comme le miel. Lorsqu'une parcelle de chaux vive s'était introduite dans l'œil, il conseillait de la chasser avec du blanc d'œuf ou de l'huile de roses, mais de ne point employer à cet effet l'eau, qui la dissoudrait (1).

Nous trouvons dans Celse une description assez complète de la plupart des opérations qui se pratiquent sur les yeux (2). Les loupes de la paupière supérieure, qui acquièrent quelquefois assez de volume pour empêcher d'ouvrir l'œil, doivent être extraites avec les doigts par une incision horizontale faite à la peau, et assez peu profonde pour ne diviser que cette membrane : la plaie se cicatrise en peu de jours. L'opération devient plus difficile à exécuter quand on a ouvert le kyste, dont on ne peut souvent alors débarrasser le malade, qu'en le détruisant par des suppuratifs.

Il faut amener l'orgeolet à maturité par l'application des cataplasmes de mie de pain ou de cire chaude, inciser la tumeur dès que le pus s'y fait apercevoir, la vider en la pressant, et continuer encore les maturatifs pendant quelque temps. Quant aux grains de grêle, on les enlève avec le manche de l'instrument tranchant, après avoir pratiqué une incision en dehors et en dedans de la paupière, suivant qu'ils sont situés au-dessus ou au-dessous du cartilage tarse.

Celse décrit fort bien le ptérygion. Cette maladie cède aisément aux résolutifs, lorsqu'elle commence; mais si elle est ancienne et volumineuse, il faut l'extirper. L'opérateur s'asseoit derrière le malade, qui renverse sa tête contre sa poitrine, quand l'œil droit est affecté, et devant lui lorsque c'est le gauche; il tient une paupière pendant qu'un

(1) *Ibid. c.* 14.
(2) *Celsus*, *L. VII*, *c.* 9, *p.* 382, *ed. cit.*

aide assujettit l'autre ; armé d'un crochet mince, il saisit une extrémité du ptérygion, confie les deux paupières à l'aide, passe un fil à travers la base de l'excroissance, qu'il soulève de cette manière, et dont il détruit les adhérences, jusqu'à l'angle de l'œil, avec le manche de l'instrument tranchant; alors il tend et relâche plusieurs fois le fil pour trouver le véritable commencement du ptérygion, et ne pas s'exposer à ne le détruire qu'imparfaitement, ou à enlever avec lui une portion de la caroncule lacrymale, ce qui occasionnerait un épiphora continuel. Après l'ablation totale du ptérygion, on emploie des collyres ou des onguens de toute espèce, et on a bien soin d'empêcher qu'il ne survienne un symblépharon. Cette opération doit, autant que possible, être exécutée, comme toutes les autres, au printemps, ou du moins avant l'hiver.

Lorsqu'on blesse l'angle interne de l'œil en la pratiquant, et quelquefois à la suite d'autres causes, il survient un encanthis, qu'il faut soulever avec une érigne, et exciser avec circonspection, dans la crainte de retrancher un lambeau trop considérable de parties molles : après quoi on applique une petite compresse couverte de vitriol ou de noir de cordonnier.

L'opération de l'ankyloblépharon ne réussit pas toujours; ordinairement même les paupières contractent de nouvelles adhérences. Si les brides ne se forment qu'au-dessous d'elles, on peut les détruire en promenant une sonde derrière ces voiles mobiles, et en les tenant écartées par le moyen d'une petite tente jusqu'à la fin de la suppuration. Celse conseille de recourir au procédé d'Héraclide, lorsque les paupières adhèrent au globe de l'œil lui-même.

Il indique très-clairement les signes distinctifs de

la phalangose et de la distichiase, malgré qu'il ne se serve point de ces deux termes. Dans la distichiase, dit-il, après avoir relevé la paupière, on enfonce une aiguille ardente, mince et plate, sous les racines des cils jusqu'à la profondeur du tiers à peu près de la paupière, et on répète cette manœuvre tout le long de la série des cils mal rangés; ensuite on applique des antiphlogistiques, et, dès que les escarres sont tombées, on veille à la cicatrisation, qui ne se fait pas long-temps attendre, et qui amène une guérison radicale. Quelques personnes recommandent aussi, ajoute-t-il, de traverser extérieurement la paupière avec une aiguille garnie d'un cheveu de femme ployé en double, et d'engager les cils dont la direction est vicieuse dans l'anse de ce cheveu, de les redresser, et de refermer la piqûre aussi promptement que possible; mais cette méthode ne convient que quand les cils sont fort longs. S'il y en avait un grand nombre qui fussent renversés en dedans, l'opération serait très-douloureuse, et pourrait entraîner des suites fâcheuses. Enfin l'emplâtre agglutinatif ne tarde pas à se ramollir, ce qui fait retomber le malade dans le même état.

Mais quand la trichiase dépend du relâchement de la peau, on se conduit en général de la manière suivante. L'œil étant fermé, on saisit la peau relâchée vers le milieu de la paupière, et on calcule combien il faut en exciser, parce que si l'on enlevait au-delà de ce qui est superflu, l'œil ne pourrait plus être recouvert, et que si on en retranchait trop peu, l'opération demeurerait sans résultat. On circonscrit entre deux lignes tracées à l'encre le lambeau dont l'ablation est nécessaire, et on prend bien garde que la seconde ligne soit assez distante du bord de la paupière pour qu'on puisse

passer la ligature dans la lèvre inférieure. Alors on coupe le lambeau de bas en haut et de gauche à droite, on réunit les bords de la plaie par un point de suture, et on fait ouvrir l'œil au malade. Si la paupière paraît trop courte, on relève un peu les ligatures : dans le cas contraire, on les serre davantage, ou bien on excise encore une petite bandelette de peau, et on applique ensuite les autres points de suture, dont le nombre total ne doit pas cependant excéder trois. Lorsque le renversement des cils est peu considérable, il suffit souvent de faire une simple incision transversale sur eux, du côté interne, pour les ramener à leur direction naturelle.

La lagophthalmie qui survient à la suite de cette opération, toutes les fois qu'on excise trop de peau, et qui souvent aussi reconnaît d'autres causes encore, ne peut se guérir quand la déperdition de substance a été portée trop loin; mais lorsqu'elle est peu considérable, on pratique (à la paupière supérieure) une incision demi-circulaire dont la concavité regarde en bas. Cette incision est située immédiatement au-dessus du cartilage tarse, qu'il faut bien se garder de blesser, parce que sans cela la paupière s'affaisserait tout-à-fait. On introduit entre les lèvres de la plaie une emplâtre qui les tient écartées, et qui provoque ainsi la formation d'une large cicatrice.

On peut opérer de la même manière les yeux chassieux, mais il faut alors que les cornes de l'incision demi-circulaire regardent la joue. Si la lippitude est le résultat de l'âge, on cautérise toute la face externe de la paupière avec un fer ardent très-mince, puis on l'enduit de miel.

Le staphylôme, saillie que la membrane externe du globe de l'œil fait après le relâchement ou le

déchirement de la membrane interne, peut se traiter de deux manières : ou l'on en traverse la base avec une aiguille garnie de deux ligatures, dont on serre l'une en dessus et l'autre en dessous; ou bien on excise le sommet de la tumeur, et on applique de la tuthie. Il faut recourir aux calmans après l'une et l'autre opérations.

La meilleure manière de traiter les clous et les nodosités calleuses dans le blanc de l'œil, consiste à les percer avec une aiguille à leur base, et à les exciser au-dessous de ce point.

Lorsque les yeux sont affectés d'un écoulement abondant de chassie, il existe plusieurs méthodes, usitées dans la Grèce, l'Afrique et les Gaules, pour trouver, inciser ou cautériser les vaisseaux qui conduisent les mucosités de la tête à l'œil. Dans bien des cas néanmoins, ce ne sont point les veines extérieures de la tête, mais celles qui se trouvent au-dessous du crâne; et dans ces circonstances, les méthodes qui se rapprochent de l'hypospathisme et de l'aposképarnismos ne sauraient être d'aucune utilité.

Galien rapporte un grand nombre de remèdes contre l'hypopyon, proposés par Apollonius d'Aphrodisée, Archigènes d'Apamée et plusieurs autres, sans citer cependant aucun de ces praticiens comme opérateur (1).

Papias de Laodicée, qu'on dit avoir beaucoup écrit sur la trichiase, arrachait avec soin les cils mal dirigés, appliquait un emplâtre de poix, destiné probablement à attirer les cils qui pouvaient lui avoir échappé, et employait ensuite le caméléon blanc (*Carlina acaulis*, L.) avec le sang de rei-

(1) *Galen. comp. sec. loc.* L. IV, P. II, p. 222.

nette (1). Scribonius Largus imagina aussi beaucoup de collyres et de pommades ophthalmiques (2). Les nombreux cachets d'oculistes romains de ces temps reculés, qui existent dans les collections, prouvent que la médecine oculaire formait alors une branche distincte de l'art de guérir, à la culture de laquelle on se livrait avec beaucoup d'ardeur (3).

Galien conseille contre la trichiase, outre le remède de Papias, une autre méthode qui consiste à arracher les cils et à frotter l'endroit où ils étaient implantes avec du sang de punaise (4), le fiel de l'oiseau κιναίδος, et autres substances semblables. Il cautérisait le staphylôme avec le suc d'une espèce de méloë, et consumait le leucoma avec le nitre et l'huile rance. Ailleurs, il conseille de recourir, dans la ptilose, aux médicamens propres à faire croître les poils, mais de choisir ceux qui ne peuvent pas exercer d'influence nuisible sur l'œil, et par conséquent de les employer principalement sous forme sèche. Quand le ptérygion est petit, on peut le guérir par l'usage des discussifs, qu'on emploie aussi contre le trachoma; mais il faut opérer lorsque la tumeur a pris beaucoup de développement. De même on peut résoudre les petites tumeurs enkystées des paupières, tandis qu'on est obligé d'exciser celles qui ont un grand volume. Quelquefois on parvient à procurer la résolution de l'hypopyon commençant, ainsi que cela arrive souvent aussi pour la cataracte; mais on ne doit plus

(1) *Galen.* l. c. p. 222.

(2) *Scribonius Largus*, *De comp. med. cap.* 19 — 38. Dans la *Collect. Stephani.* vol. II, col. 193.

(3) *E. J. Walch*, *Sigillum medici ocularii Romani. Jenæ*, 1763; et *Haller*, *Antiquitates medicæ selectæ. Jenæ*, 1772.

(4) Ou le suc rouge d'une espèce de millepertuis, puisque κόρεως αἷμα, peut signifier l'un et l'autre.

compter sur cette heureuse issue dès que le pus s'est coagulé. Justus, un des oculistes ses contemporains, guérissait cette affection par des secousses violentes imprimées à la tête. Il faisait asseoir le malade sur une chaise, et le remuait de manière qu'on voyait distinctement le pus se précipiter au fond de l'œil, où il restait. Le *diasmyrnes* et le *dialibanon* sont les moyens les plus convenables pour combattre l'hypopyon. Souvent aussi, on évacue le pus en pratiquant la ponction un peu au-dessus de l'union de la cornée transparente avec la sclérotique. Il y a donc trois manières de traiter l'hypopyon : l'opération par laquelle on expulse tout le pus à la fois, les résolutifs qui le font disparaître peu à peu, et les secousses qui le transportent dans un endroit où sa présence est moins nuisible (1).

Un autre livre de Galien renferme la description abrégée de presque toutes les maladies des yeux et des opérations qui leur conviennent. La trichiase, les tumeurs enkystées, l'encanthis, le ptérygion, le staphylome, les rhumatismes chroniques, les tumeurs lithiques des paupières, le symblépharon et l'ægylops, ont besoin, dit-il, du ministère de la chirurgie. Le gonflement des paupières, ou le trachoma, cède à l'excision d'une certaine étendue de peau, à la suite de laquelle on réunit les bords de la plaie par quelques points de suture. Dans la trichiase, on se sert d'une anse de cheveux pour tirer et maintenir les cils en dehors. Les tumeurs enkystées, l'encanthis, le ptérygion et le staphylome cèdent à l'extirpation, quoiqu'il arrive souvent qu'on passe à la base de ce dernier un fil double qui sert à en pratiquer la ligature. L'hypospathisme et la périscyphisme sont les opérations auxquelles on a recours dans les rhumatismes chroniques. On ex-

(1) *Method. medecin.* L. XIV, P. II, p. 195.

tirpe les concrétions lithiques dont les paupières deviennent quelquefois le siège. Le symblépharon oblige de recourir à l'instrument tranchant pour désunir les parties, qu'on tient ensuite séparées en introduisant des substances dessicatives entre elles (1).

On trouve en outre, dans les ouvrages de Galien, une foule de remèdes contre les affections de l'organe visuel (2).

Antyllus opérait l'ectropion par une incision en forme de V, pratiquée du côté externe de la paupière renversée, et il excisait la peau comprise entre les deux côtés de la plaie, qu'il réunissait ensuite par des points de suture. Il excisait de même les cicatrices causées par un ectropion (3).

Suivant Cœlius Aurélianus, la lagophthalmie et la blépharoptose peuvent dépendre d'une paralysie de la paupière supérieure, à laquelle on remédie, chez certains sujets, en fermant et ouvrant souvent l'œil avec le doigt (4).

Nous ne dirons rien ici des charmes et autres moyens superstitieux que Marcellus de Bordeaux recommandait contre un grand nombre de maladies des yeux : il en a déjà été parlé precédemment (5).

Aetius considérait le néphélion et la taie comme des ulcères de la cornée transparente, et ne les traitait que par les calmans, l'eau de roses et le miel. Il pratiquait l'extraction des échardes ou esquilles enfoncées dans l'œil, avec une petite pince; si elles ne voulaient pas se détacher, il cherchait à les faire sortir en pressant alternativement sur leurs côtés avec deux sondes; et quand tous ces moyens

(1) *Introductio S. Medicus, Part.* IV, p. 385. 388.
(2) *Facile parab.* L. III, P. II, p. 449.
(3) *Aetius, Serm. Tetrab.* II. III, c. 72, p. 488.
(4) *Cœl. Aurelian. Chron.* L. II, c. 1, (*ed. Amstelod.* 1755, *in*-4.°), p. 358.
(5) *Voyez* dans cette Histoire, T. II, p. 180.

demeuraient sans effet, il voulait qu'on attendît la suppuration. Il rappelle aussi le remède de Justus contre l'hypopyon (1) de la chambre antérieure, qu'il distingue fort bien de celui de la cornée. Lorsque cette affection ne cédait à aucun des remèdes employés contre elle, il donnait issue au pus par une ouverture faite avec une aiguille dans l'endroit où la membrane n'était pas enflammée. On ouvre les abcès de la conjonctive avec une lancette. Les pustules de la cornée ne présentent de danger que quand elles sont situées à une grande profondeur, parce qu'il peut se faire alors qu'elles s'ouvrent à l'extérieur, ce qui donne lieu à la procidence de l'iris et des humeurs de l'œil. Aetius décrit très-bien le prolapsus de l'iris. Dans cette affection, la pupille est toujours déformée et rétrécie, la plaie de la cornée transparente est bordée de blanc, et il faut recourir aux astringens. Le myocéphalon, qui diffère du prolapsus de l'iris en ce que la pupille est entièrement effacée ou beaucoup plus difforme, reclame les astringens énergiques et les cathérétiques.

Le staphylome peut être soit simplement une forte saillie de la cornée transparente, d'ailleurs entière et sans lésion, qui se trouve repoussée en avant par des fluides accumulés dans l'intervalle de ses lames, soit une véritable hernie des parties intérieures à travers une plaie de cette membrane. La première espèce est incurable, comme le sont en général tous les staphylomes très-proéminens et douloureux. On a beaucoup de peine aussi à guérir ceux qui présentent une base large. Lorsqu'au con-

(1) Aetius et beaucoup d'autres avec lui, entendent bien presque toujours désigner le véritable hypopion par le mot ὑπώπυον ; mais quelquefois aussi ils donnent ce nom aux ecchymoses de la paupière inférieure produites par des causes soit externes, soit internes. Comparez *Tetrab.* II, Serm. IV, c. 2, p. 602.

traire leur base a peu d'étendue, on fait coucher le malade sur le dos, puis on enfonce deux aiguilles dans la tumeur, l'une perpendiculairement, l'autre horizontalement; et après avoir noué les extrémités de l'un des fils avec celles de l'autre, l'on coupe le sommet du staphylome, en ayant soin de ménager la base entourée par la ligature, afin que les humeurs ne s'epanchent pas. Ainsi exécutée, l'opération exige moins de temps, et cause moins de douleurs, que quand on se contente de faire une ligature sans exciser ensuite.

Aëtius combattait la procidence de l'œil par les saignées générales et les fomentations émollientes. Il conseille, quand les membranes sont déchirées, de promener souvent le bouton d'une sonde sous la paupière, pendant la durée du traitement, afin de prévenir les adhérences.

Toutes les excroissances sans couleur qui surviennent au blanc de l'œil, doivent être saisies avec une érigne et excisées; mais il faut respecter celles qui sont rouges, tuméfiées et variqueuses, parce qu'autrement on donnerait lieu à la procidence des parties intérieures.

Les ptérygions blancs et à base étroite sont faciles à guérir; les autres, sur-tout lorsqu'ils s'étendent jusqu'à la pupille, ne cèdent qu'à l'opération. On soulève la tumeur avec une érigne, on la traverse avec une aiguille garnie d'un fil et d'un crin de cheval, on confie le premier à un aide, et on tire l'autre en sciant depuis la pupille jusqu'à l'angle interne de l'œil, où l'on achève la section avec un bistouri particulier, en évitant d'intéresser les paupières et la caroncule lacrymale. Si le malade ne voulait pas ouvrir de lui-même les yeux, on emploierait un crochet mousse pour soulever la paupière supérieure.

Aétius extirpait ou liait l'encanthis. Il opérait l'ankyloblépharon d'après les préceptes de Celse, et agissait de même pour la phalangose, au sujet de laquelle il trace cependant des règles plus certaines pour mesurer l'étendue de peau qu'on doit couper; il prescrit de faire deux incisions, l'une demi-circulaire en haut, l'autre droite en bas, et d'établir ensuite cinq points de suture, contre le conseil donné par Celse. Quelquefois aussi il se contentait de coller le long des paupières, les cils renversés du côté du globe de l'œil. Il préférait extirper les concretions lithiques et les grains de grèle des paupières par la face interne. Quant aux petites tumeurs enkystées, il les cautérisait, tandis qu'il disséquait et extirpait les grosses, en ménageant la peau autant que possible. Lorsque tous les moyens employés contre la blépharoptose avaient été infructueux, rien ne lui paraissait plus à-propos que de lier la paupière en haut (*Anarrhafe*), ainsi que Celse l'avaït déjà proposé (1)

Alexandre de Tralles remit en honneur la blépharoxyse d'Hippocrate, qui paraissait être tombée dans un oubli presque total. On doit, dit-il, frotter la face interne des paupières avec la pointe d'une sonde, une feuille de figuier, un os de sèche, une pierre ponce ou une peau rude, et faire cicatriser les ulcères, quand les aspérités calleuses ont disparu (29).

Paul d'Egine recommande également les frictions avec la pierre ponce, l'os de sèche, ou l'instrument particulier appelé blepharoxystre, dans le trachoma, la sycose et la tylose, qui ne sont que des degrés différens d'aspérité de la face in-

(1) *Act. Tetrab.* II, *Serm.* III, c. 25—81, p. 413.
(2) *Alex. Trall. Opp. ed. Guinther. Andernac. Basil.* 1556, L. II, c. 6. p. 148.

terne des paupières. Il donne une description excellente de la plupart des maladies auxquelles les yeux sont exposés, et des opérations qu'elles exigent; mais malgré le bon exemple que ses prédécesseurs lui avaient laissé, il confond ensemble l'hypopyon et l'onyx, qu'il assure être tous deux des affections de la cornée transparente, et ne différer que pour la forme. La procidence de l'iris à travers une plaie de la cornée porte le nom de proptose; on l'appelle myocéphalon quand elle est petite, et staphylome lorsqu'elle est considérable; si elle se trouve sous les paupières, on la nomme melon, et l'épithète de clou lui a été donnée quand elle est en même-temps calleuse. Paul d'Egine ne distingue point assez les cicatrices de la cornée, du néphélion et du leucoma, qui sont des cicatrices plus profondes (1).

Il conseille l'opération suivante contre la distichiase, la phalangose, dans laquelle le cartilage tarse est lui-même roulé en dedans, et la blepharoptose. On soulève la paupière supérieure en tirant soit les cils, soit un fil passé à travers le cartilage, puis on fait à sa face interne, derrière les cils ou le fil, une incision qui s'étend du grand angle de l'œil au petit: alors on retire le fil, on glisse une petite compresse sous la paupiére, qu'un aide est chargé de tendre; on excise un lambeau de peau compris entre deux incisions, et enfin on pose trois ou quatre ligatures, dont on fixe les extrémités au front. Quelques personnes craignent d'emporter la peau avec le bistouri, et employent un instrument particulier, le με διον βλεφαροκατόχον, qui servait sans doute à soulever, sous la forme de pli, la portion de peau dont l'ablation était jugée necessaire. D'autres n'appliquent pas de points de suture,

(1) *Paull. Æginatæ Opp.* III, (*ed. Basil.* 1538), p. 73.

mais abandonnent la plaie à elle-même ; quelques-uns se contentent de l'incision interne, qu'ils dilatent avec les doigts ou avec une érigne ; certains serrent la peau superflue, entre deux attelles, avec assez de force pour que la gangrène s'empare d'elle, de manière qu'elle tombe sans presque laisser de cicatrice ; beaucoup, enfin, rejettent tous ces procédés, et ont recours aux caustiques, qu'on ne doit cependant point conseiller, parce que la lagophthalmie est souvent la suite de l'application qui en a été faite. On suit quelquefois la même marche pour l'entropion de la paupière inférieure ; mais l'incision interne devient alors inutile, car la paupière inférieure tombe en dehors par le seul effet de sa pesanteur. On employe différentes substances agglutinatives pour coller les cils dans un sens opposé à la direction vicieuse qu'ils ont prise. En outre, lorsqu'il n'y a que deux ou trois cils déviés, dans la trichiase, on peut les arracher, et cautériser l'endroit où ils étaient implantés.

L'ectropion, lagophthalmie de la paupière inférieure, qui peut dépendre de causes très-variées, s'opère de la manière suivante, lorsqu'il tient à l'excès de longueur de la peau. On passe une aiguille à la face interne de la paupière, depuis un angle de l'œil jusqu'à l'autre, on la soulève, et on coupe tout ce qu'elle embrasse. Lorsque cette excision ne suffisait pas, Paul d'Egine pratiquait l'opération d'Antyllus, et, quand la difformité dépendait d'une cicatrice, il incisait cette dernière, puis écartait les bords de la plaie. Il opérait du reste les tumeurs enkystées et lithiques des paupières comme Celse, l'hypopyon comme Galien, et le ptérygion comme Aëtius. Il pratiquait la ligature du staphylome sans incision ; non pas dans l'intention de rétablir la vue, mais uniquement

pour débarasser le malade d'une difformité désagréable (1)

Les Grecs modernes n'ont presque rien écrit de nouveau sur ces différentes opérations. Actuarius, fils de Zacharie, qui n'a guères fait que copier Paul d'Egine et les auteurs anciens, cite une foule de remèdes tirés de Galien (2). Nicolas Myrepsicus d'Alexandrie a suivi son exemple (3); mais ni l'un ni l'autre ne parle des opérations chirurgicales auxquelles il est nécessaire de recourir.

Les Arabes surent mieux profiter des travaux des anciens Grecs. Les opérations pratiquées sur l'œil semblaient mieux convenir à leur chirurgie timide qu'aucune autre, parce qu'elles n'entraînent presque pas d'effusion de sang. Nous trouvons les fruits d'une étude approfondie des anciens et quelques bonnes observations nouvelles, dans Rhazès. Ce médecin parle très-bien des ulcères de la conjonctive et de la cornée transparente, ainsi que des taches et cicatrices qu'ils laissent après eux. Lorsqu'un corps étranger s'est introduit dans l'œil, on l'en retire avec un morceau de résine, auquel il demeure attaché. Quand le trachoma, que Rhazès appelle ailleurs (4) *gale de l'œil*, n'est point compliqué de pustules, il faut le râcler avec le blépharoxystre, puis mettre une pommade sur la partie, et appliquer un bandage (5). Le ptérygion, que l'auteur ne distingue pas toujours bien du pannus, peut encore céder aux détersifs lorsqu'il est petit; mais dès qu'il a pris un certain volume, l'opération seule peut le détruire : cependant on

(1) *Lib. VI, c.* 6—20, *p.* 177.
(2) *Actuarius*, *Meth. med.* L. II, c. 7. Coll. St. p. 182, L. IV, c. 11, p. 238, L. VI, c. 5, p. 309.
(3) *Nicolaus Myr. Antidotarium*, S. XXIV. Coll. St. p. 656.
(4) *Rhazes ad Almansora.* L. IX, *ed. Sillan. Venet.* 1517, fol. 25.
(5) *Continens*, L. II, cap. 1, *Ed. Venet.* 1506, fol. 26, b. col. 2.

ne doit en général l'opérer que quand il est mou et blanc (dans un autre endroit Rhazès dit, quand il est dur et invétéré). Le pannus est difficile à guérir, cependant une opération peut le faire disparaître : elle consiste à soulever les veines avec un crochet d'argent ou de fer, et à les couper, après les avoir liées de toutes parts (1). Rhazès a vu, dans le Bimarestan, un médecin détacher d'abord le pannus avec le tuyau d'une plume, et l'exciser ensuite. Il recommande aussi, pour cette opération, une espèce d'aiguille à cataracte, avec laquelle on enlève complètement la membrane détachée avec l'érigne et les ciseaux (2). Enfin il conseille, dans le pannus, de passer plusieurs aiguilles courbes et garnies de fils sous les veines, puis de les exciser avec un instrument particulier (3). Du reste il veut que, dans la crainte d'irriter l'iris, on ne traite point cette excroissance par des substances âcres, mais par des bains de vapeurs et autres applications émollientes (4). Dans la procidence de l'œil il indique les styptiques et l'emploi d'une plaque de plomb appliquée sur l'œil, dont on lui donne la forme. Les tumeurs enkystées des paupières s'extirpent ou se cautérisent, après qu'on a couvert l'œil de coton (5). Le renversement des paupières est de plusieurs espèces, et accompagné ou non de trichiase. S'il dépend de la briéveté naturelle des paupières, on ne saurait le guérir; mais quand, ce qui arrive souvent, il tient à un état spasmodique, on doit le combattre par les émolliens. Si des excroissances le déterminent, on les excise, ou on

(1) *Ibid*, cap. 2, fol. 36, a. col. 1.
(2) *Ibid*. cap. 2, fol. 36. b. col. 2.
(3) *Ibid*. cap. 2, fol. 38, a. col. 2.
(4) *Ibid*. cap. 1, fol. 28, a. col. 2.
(5) *Ibid*. cap. 2, fol. 36, b. col. 1. 2.

les détruit au moyen des caustiques (1). Dans la trichiase, on peut coller les cils aux paupières, ou les friser avec un fer chaud. Rhazès a aussi vu, dans le Bimarestan, des médecins qui, pour guérir l'entropion de la paupière supérieure, incisaient le cartilage tarse, et y passaient deux fils qu'ils collaient sur le front. Il recommande de tirer les cils en dehors avec des emplâtres de poix, d'en brûler la racine, et de pratiquer l'anarrhafe, durant l'exécution de laquelle il enfermait entre deux plaques le lambeau de tégument à exciser, ou le soulevait au moyen de trois fils, dont il l'avait préalablement traversé (3).

Jahiah Ebn Sérapion définit le ptérygion une excroissance tendineuse de la conjonctive contre laquelle il faut mettre en usage des substances âcres lorsqu'elle dure depuis long-temps et qu'elle a acquis une grande dureté. Mais le pannus, dû à un developpement considérable des petits vaisseaux de la conjonctive, n'exige que des remèdes emolliens et résolutifs. Sérapion admet quatre espèces de trachoma, suivant que la maladie se borne à de simples démangeaisons, ou qu'elle est compliquée d'aspérités à la face interne des paupières, d'excroissances ou de callosités. Des frictions avec un morceau de sucre ou avec un instrument particulier, sont les moyens qu'il recommande contre elle.

Haly Abbas conseille d'amener à maturité et de laisser s'ouvrir spontanément les pustules de la cornée transparente, et l'hypopyon, qu'il confond, comme Paul d'Egine, avec l'onyx. Ailleurs, il

(1) *Ibid.* cap. 2, fol. 37, a. col. 1.
(2) *Ibid.* cap. 6, fol. 46, a. col. 1 2.
(3) *Serapion practica*, *Tract.* II, *cap.* 3 (*ed.* 1525), fol. 12, cap. 5, fol. 3.

prescrit de les ouvrir, mais sans faire pénétrer l'instrument jusques dans l'œil, d'où l'on voit qu'ici il n'entend réellement parler que de l'onyx (1). La compression, et, quand elle est inefficace, l'excision, sont les moyens qu'il propose contre le staphylome (2). Dans l'entropion, après avoir arraché la racine des cils, il les brûle avec un fer très-mince; et, dans la phalangose, il cautérise la peau superflue (2).

Avicenne distingue la procidence des lames internes de la cornée, après une plaie faite aux lames externes, du staphylome qui survient à la suite de la rupture de cette membrane. Il recommande contre la première les styptiques et astringens, contre le second, les émolliens et les calmans; mais il considère le staphylome total de la cornée comme une maladie au-dessus des ressources de l'art, parce que, quand on l'excise, le principe morbifique se jette ordinairement sur l'autre œil. On doit soulever le pannus, et en faire l'ablation avec des ciseaux (4).

Abu'l Kasem conseille, dans l'entropion, de détruire un lambeau de peau en forme de feuille de myrte, par l'application du cautère actuel ou d'un caustique composé de savon et de chaux vive (5). Lorsqu'il est question d'extirper une loupe graisseuse de la paupière supérieure, il cerne la base de la tumeur avec une ligature, ouvre la peau, et fait sortir le kyste en tirant à soi le fil placé dessous. Quant à l'incision nécessaire pour guérir l'entro-

(1) *Haly abbas practica*, L. IX. cap. 20. *Ed. Venet.* 1492, fol. 164.
(2) *Ibid.* L. V, cap. 36, fol. 129.
(3) *Ibid.* L. IX, cap. 71, fol. 166.
(4) *Avicenna Canon. Lib.* III, *fen.* III, *tract.* II, *cap.* 1, *ed. Rin. Basil* 1556, p. 413.
(5) *Abul Kasem Chirurgia, Part.* I, *Lib.* I, *c.* 16, *ed. Channing. Oxford.* 1778, *Tom.* I, p. 37.

pion et la chûte de la paupière supérieure, il la pratique en soulevant la peau avec une érigne à trois crochets, ou avec trois fils qui la traversent. Il emploie un couteau mousse pour l'opération de l'ankyloblépharon. Les violentes ophthalmies, compliquées du boursouflement de la conjonctive, cèdent, suivant lui, à l'excision de la tumeur, mais il paraît cependant douter du succès de ce moyen. Il ouvre les abcès situés entre les lames de la cornée en plongeant l'instrument au bord de cette membrane, et il instille ensuite de l'eau tiède. Il espère guérir l'exophthalmie en appliquant sur l'œil des compresses pioyées en quatre et maintenues par un bandage compressif (1).

Ces divers ecrivains ont traité aussi de la plupart des autres opérations qui se pratiquent sur les yeux; mais ils se sont contentés de copier les Grecs, san rien ajouter à ce qu'on savait deja.

Avenzoar, qui paraît avoir singulièrement craint l'instrument tranchant, était moins versé que les autres Arabes dans la médecine oculaire. Il faut, dit-il, un chirurgien fort habile pour extirper les tumeurs enkystées des paupières, et l'opération entraîne toujours du danger. On ne doit pas moins redouter, suivant lui, celle de l'ankyloblépharon dans le grand angle de l'œil; si l'on veut absolument la pratiquer, on se sert d'une spatule d'or, après avoir bien préparé le malade. Dans l'entropion, on arrache les cils à mesure qu'ils poussent, et on frotte la place avec du sang de chauve-souris. Il assure que l'ustion des racines est trop dangereuse, et regarde comme une cure étonnante l'ablation d'un lambeau de peau serré et étranglé entre deux attelles. Ce qu'il dit des boutons sur les

(1) *Ibid. Lib.* II, cap. 8, p. 137.

yeux mérite d'être signalé. Ils se distinguent, dit-il, des pustules par leur couleur blanche, et par le rétrécissement de la pupille qui les accompagne, mais ils sont susceptibles de guérison, si ce n'est lorsqu'ils ressemblent à une tête d'epingle. On serait tenté de croire qu'il a voulu désigner le staphylome en parlant de ces boutons (1).

La médecine oculaire se ressentit, durant le moyen âge, de l'esclavage dans lequel le monachisme plongea les esprits. On se contenta de faire des extraits des Arabes, copistes eux-mêmes des Grecs, ou de dresser des collections de formules, pour la plupart contraires au bon sens, sans s'inquiéter des opérations, dont on ne connaissait plus que le nom, mais que personne n'avait ni l'habileté ni le courage d'entreprendre. Eros, qui ne peut point être l'affranchi de Julie, puisqu'il cite Cophon et Théodoric-le-Grand, Eros, moine de Salerne, nous a laissé un de ces recueils de recettes contre les affections des yeux, dans le traité des maladies des femmes qu'il a publié sous le nom de Trotula (1).

Roger de Parme proposa la blépharoxyse dans l'entropion compliqué de callosités des paupières. Il veut qu'on frotte la face interne de ces dernières avec des feuilles de pariétaire, jusqu'à ce que le sang coule, qu'on arrache les cils, et qu'on applique du blanc d'œuf avec du safran. Bien certainement il n'a jamais pratiqué l'opération de cette manière, car les callosités de la conjonctive palpébrale peuvent bien produire l'ectropion, mais non l'entropion, de sorte que l'évulsion des cils n'est

(1) *Avenzoar*, *Theïsir. Tract.* VIII, *c.* 1. *Ed. Surian. Venet.* 1514, fol. 6.

(2) *Trotula*, *De passionibus mulierum*, *c.* XXVIII, XXIX. *In Gynæceis. Basil.* 1566, p. 267.

point nécessaire. Le conseil qu'il donne d'opérer l'ectropion causé par des cicatrices, est plutôt aussi le fruit d'une spéculation oiseuse que le résultat de l'expérience. Incisez, dit-il, à côté de la cicatrice, écartez les lèvres de la plaie avec une plaque de plomb garnie de quatre trous qui servent à la coudre avec la peau, appliquez un plumaceau sur cette plaque, et couvrez le tout d'un bandage disposé de manière à soulever les parties (1). Roland de Parme copie presque mot pour mot la description de ce procédé (2), et Brunus de Longobucco ne fait que se traîner sur les pas d'Haly Abbas et d'Abu'l Kasem (3). Lanfranc de Milan ne dit rien non plus de bien particulier : il ne partage les ophthalmies qu'en légères, fortes et très-intenses, mais donne le sage conseil de ne chercher à dissiper les taches de la cornée que quand l'inflammation est tout-à-fait éteinte. Il recommande enfin la blépharoxyse avec les feuilles de pariétaire, dans le trachoma et l'ectropion (4). On ne doit jamais, prétend Guillaume de Salicet, porter ni la main, ni aucun instrument sur le ptérygion, les taies et le staphylome, car ce sont des maladies dont le traitement retombe plutôt à la honte du praticien qu'il ne lui rapporte d'honneur et de profit, attendu que jamais on ne le conduit à une bonne fin. Cependant, après avoir énuméré une foule d'autres moyens, il indique la ligature du staphylome avec des fils croisés comme ayant été faite par d'autres, et il assure avoir pratiqué lui-même l'excision du ptéry-

(1) *Rogeri chirurgia*, *cap.* XXII. *In Coll. chir. ed. Venet.* 1546, fol. 365.

(2) *Rolandi chirurgia*, *Lib.* I, *c.* 18. *In Coll. cit.* fol. 188.

(3) *Bruni chirurgia magna*, *Lib.* II *cap.* 1, *Rubr.* 1—12. *In Coll. cit.* fol. 120.

(4) *Lanfranchi chirurgia magna*, *Doctr.* II, *Tract.* III, *c.* 1 *In Coll. cit.* fol. 236.

gion avec un couteau mousse ; mais il se hâte d'ajouter qu'un chirurgien qui débute ne doit jamais entreprendre de pareilles opérations. Lorsque l'ectropion est accompagné de chairs boursouflées, il enlève ces dernières avec l'instrument tranchant, ou les brûle avec un cautère actuel, de forme particulière. Il conseille aussi, outre les méthodes opératoires connues, d'attaquer l'entropion par l'ustion de la paupière à l'extérieur, qu'il représente d'ailleurs comme une entreprise hasardée et sur le succès de laquelle on doit peu compter. (1). Pierre d'Espagne accumule un grand nombre de remèdes ophthalmiques inventés par la superstition ou inutiles : ainsi la cendre des excrémens humains guérit toujours les taies et les pannus ; et, si on veut l'en croire, le moyen le plus infaillible pour se préserver de tous les maux d'yeux, c'est de porter des yeux de loup sur soi (2).

Théodoric de Cervia ne parle pas d'une seule opération, mais il donne une singulière généalogie des maladies des yeux, en faisant provenir le ptérygion du pannus, celui-ci de la taie, etc. (3). La blépharoxyse, tant vantée chez les modernes par Woolhouse, trouva en Angleterre, à cette époque, un chaud partisan dans la personne de Jean Gaddesden, qui l'employait également contre les taies et le ptérygion, et qui voulait qu'on la fît avec des feuilles de pariétaire ou de figuier, ou avec des racines de réglisse. Cet écrivain ne cite d'ailleurs aucune autre opération, si ce n'est l'excision des verrues aux paupières (4).

(1) *Guillelmi chir. Lib.* I, *c.* 7—8. *in Coll. cit.* fol. 305.

(2) *Petri Hispani thesaurus pauperum*, ed. 1525, fol. 256.

(3) *Theodorici chir. Lib.* IV, *cap.* 2, *in Coll. Chir. Venet.* 1546, fol. 180.

(4) *Gaddesden*, *Rosa Anglica*, *Lib.* III, *Tract.* I, *ed. Paviæ*, 1492, fol. 137.

Guy de Chauliac a traité des opérations qui se pratiquent sur les yeux un peu mieux que tous les écrivains dont nous venons de nous occuper. Il avait recours aux aiguilles courbes pour rapprocher les lèvres des plaies faites aux paupières; mais il prétend que cette ressource est bien faible lorsque le cartilage tarse se trouve compris dans la blessure (1). Il ouvrait l'hypopyon, entre la pupille et la sclérotique, avec un petit bistouri en forme de spatule (2). On doit combattre la procidence de l'iris par les styptiques et par la compression avec une lame de plomb: on peut aussi lier la tumeur; mais quand elle est ancienne déjà, il faut bien se garder d'y toucher (3). Du reste Guy de Chauliac ne s'écarte presque pas d'Haly Abbas et d'Abu'l Kasem dans sa description des autres maladies des yeux et des opérations qu'elles nécessitent (4).

Valescus de Tarente prétend avoir guéri quelques procidences des parties internes de l'œil, aussi grosses qu'une prune, en se bornant à faire coucher le malade sur le dos et mettant les styptiques en usage. Il rejette sans balancer l'opération du staphylome, ainsi que l'ouverture du véritable hypopyon, et ne prend que les Arabes pour guides lorsqu'il décrit les autres opérations (5). Outre le sage conseil d'ouvrir de bonne heure les abcès de la cornée dans l'endroit le plus déclive, afin qu'ils ne crèvent pas d'eux-mêmes du côté de la pupille (6), Pierre de la Cerlata recommande encore de toujours

(1) *Guido de Caul. Chir. Tract.* II, *Doctr.* II, *cap.* 11, *in Coll. cit.* fol. 38, h.

(2) *Ibid. cap.* 2, fol. 18, g.

(3) *Ibid. Tract.* IV, *Doctr.* II, *cap.* 2, fol. 47, g.

(4) *Ibid. Tract.* VI, *Doctr.* II, *cap.* 2, fol. 67.

(5) *Valesci philon. Lib.* II, *cap.* 4—48, (ed. 1500), fol. 47, f.

(6) *Petri de Argelata chir. Lib.* II, *Tract.* III, *cap.* 2, (*ed. Venet.* 1499), fol. 43.

inciser horizontalement lorsqu'on extirpe les tumeurs enkystées (1), et de ne jamais comprimer le staphylome avec des plaques de plomb, mais de se borner à appliquer des styptiques, particulièrement de la pierre hématite (2). Pour tout le restant il ne fait que copier les anciens (3).

Les nombreuses consultations que Barthélemy Montagnana a publiées sur les maladies des yeux, ne renferment que du jargon scolastique (4). Jean Arculanus indique un grand nombre de méthodes pour extraire les corps étrangers qui s'insinuent dans l'œil. On doit entre autres frotter fortement un morceau de succin et le présenter à ces corps, qu'il attire comme l'aimant attire le fer (5). Arculanus rapporte tous les procédés employés avant lui pour la guérison de l'ectropion, et il conseille en outre, quand un cas de distichiase se présente, de ramener la rangée intérieure des cils au dehors, en les collant sur la face externe de la paupière; mais il rejette l'incision à la face oculaire de celle-ci et tous les médicamens auxquels on attribuait la propriété d'empêcher les poils de croître après qu'ils avaient été une fois arrachés (6).

Alexandre Benedetti, de Florence, a écrit un livre entier sur les maladies des yeux; mais malheureusement ce traité n'est presque autre chose qu'une compilation faite d'après Galien, Celse et Paul d'Egine. Cependant, ce que l'auteur dit au sujet du

(1) *Ibid.* T. IV, c. 1.

(2) *Ibid. Lib.* IV, *Tract.* III, *c.* 3, fol. 76.

(3) *Lib.* V, *Tract.* VI, *c.* 4, *fol.* 95, *Tract.* VII, *part.* 4, *cap.* 1, fol. 97.

(4) *Montagnana, Consil.* LVI — LXIII, (*ed. Venet.* 1564), fol. 77, h, f.

(5) *Arculanus in Rhaz.* IX *ad. Alm. cap.* XX, (*ed. Venet.* 1553), fol. 40, k.

(6) *Loc. cit. cap.* XXIX, fol. 52, m.

traitement de la procidence de l'œil, qu'il ne distingue pas toujours bien du staphylome total, est fort important. Quand l'œil sort de l'orbite, et qu'on ne peut en aucune manière l'y faire rentrer, il faut, dès que la suppuration devient manifeste, inciser l'organe, dans l'angle externe, pour donner issue au pus; les douleurs se calment aussitôt, et la difformité est bien moins sensible après l'affaissement des membranes. Mais si l'œil est endurci, on doit enlever tout ce qui fait saillie, après avoir saisi les membranes extérieures avec une érigne. Parvenu au carcinome, Benedetti garde le silence sur l'extirpation, et ne propose que des calmans et des palliatifs. Il distingue fort bien les collections purulentes dans l'œil d'après le lieu qu'elles occupent, n'approuve pas la méthode par ébranlement de Justus, et ne permet d'ouvrir l'œil que quand le pus se trouve contenu dans les membranes extérieures elles-mêmes (1).

Jean de Vigo ne nous a laissé non plus presque rien de nouveau sur les opérations que certaines maladies des yeux rendent nécessaires. Cependant il conseille, lorsqu'on a, soit un onyx, soit des pustules de la cornée, à traiter, de les amener promptement à maturité, et de les ouvrir au bord de la cornée avec la lancette (2). Quand on ne peut pas extirper entièrement les tumeurs enkystées des paupières, il faut détruire le kyste en y appliquant de l'onguent égyptiac (3). Une opération du pterygion qu'il exécuta en soulevant la tumeur avec un instrument d'argent recourbé, et la coupant ensuite,

(1) *Benedict. omnium morbor. signa*, etc. *Lib.* II, (*ed. Basil.* 1539, *in*-8.°), p. 88, f. cap. 11, p. 108, cap. 16, p. 123.

(2) *Joannis de Vigo*, *Practica in Chir. part.* I, *Lib.* II, *tr.* 3, c. 5, (*Ed. Lugd.* 1518), fol. 42.

(3) *Ibid. cap.* 8, *fol.* 43.

ne paraît pas différer essentiellement des méthodes connues avant lui, quoiqu'il se vante avec beaucoup d'emphase de l'avoir inventée (1).

Paracelse, dont il nous reste un fragment *De doloribus oculorum*, faisait, à ce qu'il paraît, provenir tous les maux d'yeux d'une seule et même cause, le crystallin, qui produit la cataracte, l'onglet, l'albugo, etc. Il s'égaye au sujet des operations, et les regarde toutes comme impraticables.

A cette époque le grand Paré rendit d'éminens services à la médecine oculaire. Il opérait la lagophthalmie et l'entropion d'après les anciens, c'est-à-dire, qu'il excisait un lambeau de peau dont il avait auparavant marqué la forme en l'entourant de deux lignes tracées avec de l'encre. Il arrachait aussi les cils, et en détruisait les racines avec un fer ardent. Il passait au travers du chalazion un fil en manière de séton, qu'il fixait ensuite au front ou à la joue (5). Il se servait d'un ophthalmostate pour opérer le ptérygion et pour extraire les corps étrangers, qu'il détachait à l'aide d'un couteau courbe. Il opérait toujours le staphylome, dont il indique très-bien les différences, en excisant la tumeur, mais sans en couper une portion considérable. En présence de Guillemeau, il ouvrit avec succès un hypopyon, par une ponction pratiquée au bord de la cornée, et fit sortir le pus en pressant légèrement sur l'œil (1). Le premier, il a parlé d'yeux artificiels en argent ou en or, et peints à l'encaustique de manière à imiter la nature, qu'on glisse

(1) *Ibid. Lib.* IV, *tr.* 2, *cap.* 5, *fol.* 105.
(2) *Paracelsi opp. Chir.* (*ed. Huser. Strassburg*, 1618), p. 627.
(3) *Paræus de Affect. quæ chirurgi curantur*, *cap.* 5, (*Opp. ed. Francof*, 1594), p. 465.
(1) *L. c. c.* 14, *f. p.* 469, *f*, et *De recent. et cruent. sing. part. Lib.* IV, *cap.* 24, *p.* 300.

sous les paupières; quand le malade ne peut pas le supporter, on applique un œil peint avec des paupières, au moyen d'un ressort qui fait le tour de la tête (1).

Amatus Lusitanus prétend avoir guéri des ptérygions avec du vitriol et du jaune d'œuf, ou de l'eau forte (2).

C'est dans Jean Lange que nous trouvons pour la première fois quelques traces de l'extirpation de l'œil. Lange se vante en effet d'avoir guéri un œil qui avait été divisé complètement dans une chute sur un couteau, et que les chirurgiens avaient voulu extirper; mais il ne dit rien de plus précis à cet égard (3).

Ses contemporains Donat Antoine d'Altomari (4) et Jules-Cesar Aranzi (5), n'ont fait que copier les anciens pour tout ce qui concerne les maladies des yeux et les opérations qu'elles peuvent réclamer.

L'Allemagne peut aussi se glorifier d'avoir produit à cette époque des hommes qui ont contribué aux progrès de la médecine oculaire. On peut juger des connaissances étendues de Georges Bartisch, par le courage qu'il montra en essayant de détruire les adhérences de l'iris avec la capsule crystalline dans la cataracte (6), malgré qu'il ne sût pas indiquer d'autre caractère pour distinguer cette dernière du ptérygion, que l'immobilité de la pupille dans l'une, et sa mobilité dans l'autre (7). Lors-

(1) *Opp. Lib.* XX, c. 1, p. 648.

(2) *Amatus Lusitan. Cur. Medic. Cent.* III, *cur.* 82, (*Edit. Basil.* 1556), *p.* 293.

(3) *J. Langii Thema chir.* N.° VI, *in Coll. Gesneriana, ed. Tiguri*, 1555, *fol.* 315.

(4) *Meth. Med. in Opp. cap.* XII, (*ed. Lugd.* 1565), *fol.* 265.

(5) *De tumor præter natur. cap.* VIII, (*ed. Venet.* 1595), *p.* 151.

(6) Ὀφθαλμοδουλεία. *Pars* V, (*Dresde*, 1583), *fol.* 63.

(7) *Ibid. P.* VIII, *fol.* 126.

qu'il extirpait des tumeurs enkystées volumineuses aux paupières, après avoir fait une incision transversale avec précaution, il passait un fil à travers la tumeur, la soulevait, et en pratiquait l'extraction. Il conseille de ne jamais cauteriser ni brûler les verrues en cet endroit, parce qu'elles ne font que prendre un plus mauvais caractère, mais de les enlèver avec l'instrument tranchant. L'extirpation est le moyen qu'il propose contre le cancer des paupières, sur tout lorsque l'affection siége au grand angle de l'œil. Pour enlever la peau superflue dans la blépharoptose, il se sert de deux plaques métalliques qui, réunies par une charnière à l'une de leurs extrémités, peuvent être appuyées l'une contre l'autre au moyen d'une vis adaptée à l'autre extrémité. Lorsqu'il se développe des fongosités sur la conjonctive palpébrale, il les traverse avec trois fils, au-dessous desquels il les coupe. Il sépare le symblepharon après avoir passé des fils à travers les adherences qui existent entre le globe de l'œil et la paupière, puis il excise tous les lambeaux qui pendent sur cette dernière ; mais dans l'ankyloblépharon, il veut qu'on passe des aiguilles garnies de fil à travers les deux paupières, et qu'après avoir soulevé celles-ci, on détruise les adhérences avec le bistouri et les ciseaux (1). Dans l'entropion, il se sert des caustiques, après avoir couvert l'œil de coton pour le garantir; et même, si je le comprends bien, il excise quelquefois le bas de la paupière, après avoir passé des fils au travers (2). Il donne la figure de quelques instrumens assez grossiers pour extraire les corps étrangers, et il compte beaucoup sur l'application d'un cataplasme de mie

(3) *Ibid. P.* IX, *cap.* 1—17, *fol.* 148.
(1) *Ibid. P.* X, *c.* 7, *fol.* 198.

de pain et de sel pour réprimer les fongosités des paupières, malgré qu'il les excise aussi dans certains cas. Mais ce qui a sur-tout contribué à le faire connaître, c'est qu'il a donné le premier une description exacte de l'extirpation de l'œil, opération qu'il pratiqua, pour remédier à une procidence considérable de l'organe. Armé d'un grand couteau en forme de cuiller, et tranchant sur les bords, il pénétra rapidement sous la paupière supérieure, et continua de promener son instrument autour de l'orbite, en prenant garde de léser la paupière; ensuite il plaça une tente dans la cavité, et la couvrit d'une emplâtre. L'influence du temps où il vivait se remarque du reste dans le chapitre consacré aux maladies des yeux causées par des enchantemens, et parmi lesquelles il range l'ophthalmie compliquée de chémosis; il vante, contre cette affection, diverses amulettes et autres moyens semblables (1).

Marcellus Donatus fit voir que l'exophthalmie ne rend pas toujours l'extirpation de l'œil nécessaire, en rapportant l'histoire d'un jeune Vénitien qui guérit, au bout d'un laps de temps assez long, d'une procidence semblable causée par une tumeur squirrheuse (2).

Pierre Foreest guérit un ptérygion par l'emploi long-temps continué d'un remède dans la composition duquel entraient différens sucs de plantes et du fiel de poisson. Il obtint également la guérison d'une autre affection semblable avec du lait de femme, du safran et du fiel de chèvre. Cependant il conseille aussi l'opération, qui doit être faite par un chirurgien habile, d'après les méthodes des anciens. Lorsque l'hypopyon est très-volumineux, il

(1) *Ibid. P.* XI, *c.* 3—11, *p.* 208.
(2) *Med. histor. mirab. Lib.* V, *cap.* 4, (*ed. Venet.* 1588).

faut l'ouvrir avec une aiguille à cataracte; mais on aura soin de ne point le confondre avec la procidence de l'iris, comme le fit un chirurgien maladroit de son temps, dont la bévue fut cause que l'œil se vida complètement (1).

Jérome Reussner prétend avoir guéri un cancer de l'œil avec un mélange d'antimoine, de craie, de tuthie, de camphre et d'eau de roses (2).

Fabrice d'Aquapendente n'a pas laissé non plus que de rendre quelques services à la médecine oculaire. Il veut qu'avant d'opérer l'ankyloblépharon, on garnisse le bistouri d'une petite boule de cire, qu'on l'enfonce ensuite, et qu'on se serve du doigt indicateur pour bien déterminer l'endroit par où l'on doit en faire sortir la pointe (3). L'excision d'un lambeau de peau dans l'entropion et la blépharoptose lui paraît une opération cruelle : pour guérir cette maladie, il applique un emplâtre agglutinatif garni de deux fils sur la paupière supérieure, et un autre semblable sur le front, puis il attache les fils de ces deux emplâtres ensemble. Son procédé est le même dans la lagophthalmie, excepté qu'alors il place le second emplâtre sur la joue. Il se sert d'un brin de soie rouge pour lier le staphylome, parce que la teinture, dit-il, aide aussi à la section. L'opération du ptérygion conseillée par Paul d'Egine et par Celse occupe trop de mains autour de l'œil pour qu'on puisse la bien exécuter : un *speculum oculi* annulaire, en plomb, mérite la préférence, ou bien on colle aux paupières des bandelettes agglutinatives à l'aide desquelles les aides peuvent les tenir écartées. Fabrice est

(1) *Foresti Obser. Lib.* XI, *Obs.* 6, 7, 20, 25, (*ed. Francof.* 1602), p. 12 et 33.
(2) *Obs. Med.* n.° 186, (*in Coll. Welschii Augsb.* 1668), p. 100.
(3) *De Oper. Chir. Pars.* I, *cap.* IX, (*ed. Francof.* 1620), p. 48.

le premier qui fasse mention d'une œillère de verre pour appliquer les médicamens (1), et de la réunion des plaies avec des fils cirés (2). Il conseille de recourir aux yeux artificiels qu'on fabriquait à Venise, lorsque l'œil s'est affaissé par l'écoulement des humeurs (3).

Nous trouvons dans Fabrice de Hilden, l'histoire d'un cancer volumineux de l'œil, qui fut opéré heureusement. Cet écrivain démontre qu'il est impossible que l'œil tombe jamais de lui-même, comme plusieurs de ses prédécesseurs le pensaient, et qu'on ne saurait non plus parvenir à en pratiquer la ligature avec des fils de soie, mais que l'extirpation est une opération parfaitement sûre et sans danger, quoique, à la honte de l'art, les charlatans ambulans ne l'entreprennent que trop souvent, et la fassent avec maladresse. Avant de la pratiquer, il renferma la saillie de l'œil dans une bourse de cuir qu'il serra par-derrière, puis il ouvrit la conjonctive vers l'angle interne avec la pointe d'une lancette, et plongea dans cette ouverture un bistouri boutonné et un peu courbé, à l'aide duquel il cerna rapidement l'œil et coupa le nerf optique : alors il remplit l'orbite de plumasseaux de charpie, saupoudrés d'hématite, et il n'eut pas besoin du cautère actuel pour arrêter l'hémorrhagie. Le malade guérit, malgré que l'orbite fût frappée de carie. Fabrice recommande d'enlever jusqu'aux moindres racines du mal, et ajoute que la nécessité de cette précaution démontre l'insuffisance de la ligature, déjà presque impossible par elle-même; mais sans doute il a mal compris les anciens, car c'est sur le

(1) *Ibid. cap.* 13—18, p. 54.
(2) *Ibid. Pars.* II, *Lib.* II, *de vulneribus*, *cap.* 23, p. 886.
(3) *Ibid.* p. 892.

staphylome que roulent les passages qu'il cite (1). Il rejette, avec raison, le couteau en forme de spatule de Bartisch, parce qu'on ne peut extirper l'œil entier avec cet instrument, sans briser les os de l'orbite, sa largeur surpassant de beaucoup celle du sommet de la cavité. Il parle aussi de la ligature d'un œil chassé de l'orbite, que Cl. Chapuis pratiqua, et qui lui réussit parfaitement (2). Ayant eu à détruire, dans l'angle externe de l'œil, une fongosité qui adhérait à la conjonctive et à la glande lacrymale, il la saisit avec des pinces particulières, et la coupa avec un bistouri. Il rapporte deux exemples, afin de faire voir que les cicatrices de la cornée ne peuvent point être détruites, comme le ptérygion, par les caustiques ou par l'instrument tranchant (3). Pour débarasser l'œil des corps étrangers, il conseille les yeux d'écrevisses et les graines d'hormin, ainsi que divers instrumens figurés aussi dans son ouvrage (4), et il rapporte que sa femme réussit à enlever avec l'aimant une paillette de fer, qu'on n'avait pu faire disparaître par aucun autre moyen (5). Il espère remédier à l'ankyloblépharon sans recourir à aucune opération douloureuse, en passant un fil de soie d'un angle de l'œil à l'autre, nouant les deux extrémités de ce fil, et y suspendant un poids, qui détruit, ajoute-t-il, l'adhérence en huit ou neuf jours (6).

Il est facile de prévoir que Jean Costæus n'a pas oublié les yeux dans son livre sur les avantages de l'adustion. En effet, il employait le cautère actuel, et

(1) *Fabr. Hildan. Obs. Chir. Cent.* I, *Obs.* I, (*Opp. Francof.* 1646), p. 1.
(2) *Ibid. Cent.* VI, *Obs.* 1, p. 497.
(3) *Ibid. Cent.* I, *Obs.* 25, p. 27.
(4) *Ibid. Cent.* II, *Obs.* 13, p. 89.
(5) *Ibid. Cent.* V, *Obs.* 21, p. 401.
(1) *Cent.* VI, *Obs.* 7, p. 503.

jamais l'instrument tranchant, pour remédier à la blépharoptose, à l'entropion, à l'ectropion et au trachoma (1).

Durand Scacchi se servait aussi d'un cautère sémicirculaire pour brûler les paupières dans ces affections. Il enlevait le ptérygion avec une plume d'oie ou un crin de cheval, et liait ou excisait le staphylome. (3).

Zacutus Lusitanus assure avoir vu un chalazion opiniâtre céder à l'application du cautère actuel (4), mais aussi le rhyas survenir à la suite d'une ustion trop profonde, dans un cas d'encanthis (5).

Marc-Aurèle Sévérin soutint qu'il ne faut jamais amener l'orgeolet à maturité par l'application des cataplasmes chauds et par d'autres moyens analogues, mais qu'on doit se hâter de l'ouvrir, du côté interne, et de faire sortir le pus en le comprimant. Il voulait aussi qu'on enlevât le chalazion avec une plume de dindon pointue, et que, dans les varices de l'*adnata* et de l'iris (du ligament ciliaire), on ouvrît les veines avec une aiguille d'or applatie, pour exprimer le sang et appliquer ensuite une plaque de plomb (6).

Jean Rhodius rapporte, d'après ouï-dire, qu'un médecin turc guérit une exophthalmie en appliquant de larges ventouses sèches à la nuque (7). Nicolas Tulp essaya d'établir des caractères propres à empêcher que cette affection fût aussi souvent confondue avec le staphylome; mais il ne se montra

(1) *De Igneis medicinæ præsidiis, Lib.* II, *cap.* 17, (*ed. Papiæ*, 1604, *in*-4.°), p. 87.
(2) *Subsidium Medicinæ*, (dans *Haller, Bibl. chir. Pars.* I, p. 271).
(3) *Praxis med. admir. Lib.* I, *Obs.* 63, (*Opp. Lugd.* 1640), T. II, p. 15.
(5) *Ibid. Obs.* 55, *p.* 13.
(5) *De noviss. obs. abseess.* §. 5, 7, (*ed. Lugd. Bat.* 1724), p. 215.
(6) *Obs. med. Cent.* I, *Obs.* 84, (*ed. Patav.* 1657), p. 54.

point partisan de l'extirpation de l'œil, qu'il qualifiait d'opération cruelle et dangereuse (1). Jean Scultet se servait d'un ophthalmostate de plomb ou de laiton pour détacher le ptérygion (2), et d'une large sonde d'argent, ou d'un bistouri boutonné, en forme de faux, pour séparer l'ankyloblépharon (3). Dans la chûte de la paupière, il appliquait sur le front un emplâtre agglutinatif garni de trois fils, qu'on nouait après les avoir passés à travers la paupière (4). Il opérait la lagophthalmie suivant la méthode de Fabrice d'Aquapendente, et se conformait pour tout le reste aux préceptes des anciens.

Malgré qu'on eût déjà fait sentir les inconvéniens du couteau de Bartisch pour l'extirpation de l'œil, Henri de Roonhuysen se servit néanmoins d'un instrument tout-à-fait semblable dans un cas où il eut à pratiquer l'ablation d'une tumeur cancéreuse à l'œil (5). Diemerbroek déclara incurable une blépharoptose survenue à la suite d'une blessure de la paupière supérieure, malgré que celle-ci obéît aux mouvemens qu'on lui imprimait avec le doigt (6). Pierre de Marchettis saisit avec une érigne un mélicéris volumineux qui s'étendait depuis la caroncule lacrymale jusque sur la pupille, et, à l'aide des ciseaux, il réussit à le détacher de la conjonctive, et même de la cornée transparente (7).

Les expériences de Thomas Bartholin (8), de

(1) *Obs. Med. Lib.* I, *c.* 28, (*ed. Amstelod.* 1685), p. 56.
(2) *Armamentar. chirur. Pars.* I. *tab.* VIII, *fig.* 5, *tab.* XXXI, *fig.* 7. 8. (*ed. Francof.* 1666), p. 13.
(3) *Ibid. tab.* VIII, *fig.* 6. 8, *tab.* XXX, *fig.* 7.
(4) *Ibid. p.* 58, *tab.* XXX, *fig.* 9.
(5) *Historischer Heilkuren Anmerk. Th.* I, *Anm.* 18, (*Nuernberg*, 1674), p. 68.
(6) *Obs. et curat. medic. Obs.* VI, (*Opp. ed. Ultraj.* 1685), p. 5.
(7) *Obs. med. chir. sylloge*, *Obs.* XXI, (*ed. Amstelod.* 1565), p. 52.
(8) *Acta Havniensia*, *vol.* I. 1673. *Obs.* 132. 133, p. 262.

Burrhy, de J. G. Riva et de J. S. Elsholtz (1) sur la reparation des humeurs de l'œil et la persistance de la faculté visuelle après leur évacuation, ne pouvaient pas demeurer sans résultat. Cependant Martin Bogdan continua encore de conseiller l'extirpation dans la buphthalmie (2). Job de Meekren imagina, pour ouvrir l'hypopyon, un bon bistouri avec une pointe courte en forme de lancette, qu'un bouton empêche de s'enfoncer trop avant. Il conseillait de faire cette opération de bonne heure, avant que le pus n'eût rongé la cornée transparente, l'iris ou le ligament ciliaire (3). G. H. Welsch nous apprend que G. Quarré la pratiqua souvent, et que P. M. Slegelius la vit réussir entre ses mains à l'Hôtel-Dieu de Paris. (4).

Cornelius de Soolingen opérait l'ankyloblépharon d'après la méthode des anciens; mais il prenait la précaution, assez inutile, de tracer une ligne avec de l'encre pour indiquer l'endroit où la section devait être faite. Afin d'empêcher les parties de se réunir de nouveau, il appliquait une plaque de plomb cannelée, ou un morceau de cuir de semelle bouilli, auquel il donnait la forme convenable. Dans le symblépharon, il se servait d'un instrument particulier composé de deux lancettes, dont l'une était ronde en devant, l'autre tranchante sur le côté; et après la section, il plaçait un morceau de parchemin entre les lèvres de la plaie (5). Il conseille d'ouvrir l'orgeolet, par une incision horizontale en dehors, et longitudinale en dedans, mais de

(1) *Ephem. Nat. Curiosor. Dec.* I, *Ann.* 1, *p.* 272. — *Ann.* 6. 7, *Obs.* 126, *p.* 106, — *Ann.* 8, *Obs.* 18, *p.* 31.

(2) *Obs. anat. chir.* (*Haller*, *Bibl. chirurg.* T. I, p. 373.)

(3) *Obs. med. chir. cap.* X, (*ed. Amstelod.* 1682), p. 65.

(4) *Obs. med. Episagmata*, *Obs.* XXIII.

(5) *Handgriffe der Wundarzney Kunst*, *Th.* I, *kap.* 10. 11, (*Frankfurt*, 1693), p. 56.

recourir promptement à cette opération, et de la faire avant que le cartilage tarse ne soit attaqué par le pus (1). Dans la blépharoptose et la phalangose, il se servait du mors à peau de Bartisch, parce qu'il n'avait jamais obtenu aucun succès de l'emplâtre garni de fils, proposé par Fabrice (2). Cependant il recommande cette dernière méthode dans la lagophthalmie, où il veut qu'on applique l'un des emplâtres sur la paupière supérieure, et l'autre sur la joue. Mais quand la maladie est fixée à la paupière inférieure, c'est sur celle-ci qu'on doit coller l'un, et l'autre sur le front. Si l'on voulait alonger la peau en y pratiquant une incision semi-lunaire, il faudrait le faire avec beaucoup de circonspection. Son procédé opératoire pour le ptérygion est composé de presque toutes les méthodes usitées avant lui : il faut, dit-il, saisir le drapeau avec une pince, passer un fil au travers, le soulever, le détacher un peu avec la lancette, le scier avec ce fil, le séparer de la cornée transparente avec un bistouri, puis le saisir enfin avec des pinces, et le couper d'un coup de ciseaux dans l'angle interne de l'œil (3). L'instrument de Meekren pour ouvrir l'hypopyon est tout-à-fait inutile : Soolingen le remplace par une lancette ordinaire, dont une partie de la lame est couverte d'un emplâtre agglutinatif, et avec laquelle il fait une incision demi-circulaire, tournée vers le bord de la cornée (4). L'ecpiesme de l'œil cède presque toujours à une compression graduée et à l'emploi des astringens; mais si l'œil vient à suppurer, il faut l'ouvrir; si, au contraire il se dessèche, on le tire avec une ligature appliquée

(5) *Ibid. kap.* 12, p. 66.
(1) *Ibid. k.* 15, p. 70.
(2) *Ibid. k.* 21, p. 76.
(3) *Ibid. k.* 23, p. 80. *k.* 25, p. 82.

derrière, ou un fil passé à travers son épaisseur, et on l'extirpe au moyen d'un bistouri légèrement courbé, qui a la forme d'une feuille de myrte (1).

Richard Wiseman détruisit une excroissance charnue à la paupière supérieure, par l'application de la pierre à cautère, après avoir circonscrit d'une ligne noire l'étendue des parties qu'il voulait sacrifier (2).

M. G. Purmann parle assez vaguement du staphylome, qu'il paraît confondre avec le pannus et le ptérygion, puisqu'il dit qu'on parvient quelquefois à le détacher de la conjonctive. Cependant il fait remarquer que cette affection dépend du relâchement ou de la rupture de la cornée transparente, et qu'on l'observe après l'emploi inconsidéré des caustiques. Purmann réfute l'opinion erronée de Muralto, qui prétendait que le ptérygion provient du péricrâne, et déclare ne l'avoir jamais rencontré ailleurs que dans le grand angle de l'œil. Pour extirper commodément le chalazion, il tend avec force la paupière malade au moyen d'un instrument en forme de spatule, placé au dessous. Quand les yeux artificiels ordinaires ne peuvent point être supportés par le malade, il faut avoir recours à des yeux entiers en fer blanc, doublés de cuir, qu'on attache aux oreilles, comme des lunettes, avec un fil de fer (23).

Antoine Nuck est le premier qui s'explique un peu clairement sur la paracentèse de l'œil dans l'hydrophthalmie. Il veut qu'on plonge un petit trois-quarts au milieu de la cornée, et qu'on applique une plaque de plomb très-mince sur la plaie,

(2) *Ibid. k.* 30, p. 95.
(2) *Eight chir. treatises. Treat.* IV, *ch.* 6, (*ed. London*, 1734), p. 27.
(3) *Chirurg. Lorbeer-Kranz*, *Th.* I, *kap.* 16—32, (*ed. Leipzig*, 1692), p. 132—242.

aussitôt après l'écoulement du fluide (1). Il opère l'ankyloblépharon suivant la méthode ordinaire, ensuite il introduit entre l'œil et la paupière un morceau de parchemin peu épais trempé dans du vin rouge. Les yeux artificiels de verre lui paraissent bien préférables à ceux de métal émaillés (2). Corneille Stalpaart van der Wyl a écrit un bon chapitre sur l'exophthalmie ; ayant rencontré cette affection à la suite de la petite-vérole, il parvint à la guérir par les émolliens et les antiphlogistiques (1).

Jusqu'ici nous n'avons guères vu que des praticiens de l'Allemagne et des Pays-Bas se distinguer dans la médecine oculaire ; mais sur la fin du dix-septième et au commencement du dix-huitième siècles, les Français et les Anglais la cultivèrent avec beaucoup d'ardeur. Pierre Dionis, à qui l'on doit un traité fort complet de toutes les opérations qui se pratiquent sur l'œil, se servait d'un bistouri courbe et boutonné, semblable à celui de Pott, pour détruire l'ankyloblépharon, mais il conseille encore de glisser une petite compresse sous les paupières après l'opération. Dans la lagophthalmie, il se flattait d'alonger la peau au moyen d'une ou de deux incisions parallèles, et faites demi-circulairement, suivant la direction des fibres du muscle orbiculaire. Cependant il se prononça contre l'ablation d'un lambeau de tégumens dans la blépharoptose et l'entropion, préférant à cette méthode l'emplâtre agglutinatif de Fabrice d'Acquapendente. Le chalazion et les tumeurs enkystées, même lorsqu'ils se prononcent davantage à l'intérieur, ne

(1) *Sialographia.* (*Lugd. Batav.* 1690), p. 120. 124.
(2) *Ej. operat. et experim. chirurg. exp.* VIII. IX, (*Lugd. Batav.* 1692), p. 35. 39.
(3) *Obs rarior. Cent.* II, *Pars* I, *Obs.* 9. (*Lugd.* 1687), p. 77.

doivent être extirpés que par la face externe des paupières, car l'opération ne réussit jamais bien de l'autre manière. Dionis se servait, dans presque toutes ses opérations, d'un ophthalmostate annulaire ouvert sur l'un de ses côtés. Il plongeait la pointe d'une lancette ordinaire à la partie déclive de l'hypopyon, assurant que la perte de l'humeur aqueuse n'entraîne pas le moindre inconvénient. Le staphylome, qu'il appelle proptose, n'est jamais, suivant lui, qu'une procidence de l'iris à travers la cornée transparente. Les noms de myocéphalon, staphylome, *rhagoïde*, melon et helos, n'indiquent que de simples différences dans le volume et la forme de la tumeur. Mais Dionis se contredit lui-même en disant qu'il faut ouvrir un staphylome causé par l'inflammation et accompagné du soulèvement des lames de la cornée, afin de donner issue aux matières contenues. Quand le staphylome a une base étroite, on peut y appliquer une ligature, soit avec une pince portant une anse de fil, soit avec une aiguille qu'on y passe d'outre en outre. Une pince très-déliée ou une petite éponge fixée au bout d'une tige, lui servait pour extraire de l'œil les corps étrangers qui s'y sont introduits. Il recommande des espèces de besicles pour remédier au strabisme chez les enfans, et il est le premier qui ait dit qu'un œil artificiel, bien adapté, est susceptible de mouvemens (1).

Pierre Verduyn inventa, pour retrancher la peau superflue des paupières, un nouvel instrument qui diffère peu de celui de Bartisch (2). J.-J. Manget rejeta tout-à-fait l'excision et la ligature du staphy-

(1) Cours d'Opérations de Chirurgie. Démonstr. VI, fig. 33, (Paris, 1714), p. 447.

(2) *Ruysch.*, *Epist.* XIII. — Comp. *Haller*, *Bibl. Chirurg.* Tom. I, p. 506. — Ruysch eut, à cet égard, plusieurs contestations avec Rau, qui s'attribuait la découverte.

lome, opérations en place desquelles il recommanda le taxis et la compression avec une plaque de plomb(1).

De la Vauguyon, après avoir ouvert la partie inférieure de la cornée transparente, dans l'hypopyon, exerçait une légère compression sur l'œil pour favoriser la sortie du pus. Il rejette la succion de cette matière, conseillée par quelques praticiens, parce qu'elle expose à faire sortir aussi les humeurs de l'œil. Les méthodes jusqu'alors usitées pour enlever le ptérygion, et sur-tout celle qui consiste à le scier avec un crin de cheval, lui paraissent cruelles et douloureuses. Il veut, quand cette excroissance adhère intimement à la cornée, qu'on applique une ligature à sa base, et qu'ensuite on la consume en y appliquant des cathérétiques, principalement en la touchant avec la pierre infernale, car on est toujours assez maître de ce moyen pour ne pas avoir à craindre que le caustique étende son action jusque sur la cornée. Une simple lancette lui sert pour extirper l'œil cancéreux. Dans l'ankyloblépharon, il passe une aiguille mousse, armée d'un fil, sous les paupières accollées, et les soulève afin d'avoir plus de facilité pour pratiquer l'incision qui doit les désunir. Il n'y a pas, à son avis, de meilleur moyen pour guérir la trichiase, que d'arracher les cils déviés toutes les fois qu'ils se reproduisent (2).

J.-B. Verduc conseille d'aspirer le pus avec un tube très-mince, lorsque la densité de cette humeur ne lui permet pas de s'écouler d'elle-même après l'ouverture de l'hypopyon. Il veut qu'on passe un

(1) *Biblioth. chir. ad voc. corneæ morbi*, (*ed. Genev.* 1172), T. I, p. 561.

(2) Traité complet des opérations de chirurgie, chap. 48. 52, (Paris. 1698), p. 60.

fil à travers le ptérygion afin de le soulever, qu'on le détache ensuite de la conjonctive, et qu'on agisse de même pour le pannus, mais qu'on ne touche pas à la portion étendue sur la cornée transparente. On peut soulever l'ankyloblépharon au moyen d'un fil, et opérer ensuite la section des parties; mais il n'y a rien à faire dans le symblépharon complet. Verduc prétend qu'on doit se contenter d'ouvrir et de vider les tumeurs enkystées, ou, si elles sont peu volumineuses, d'en faire la ligature ou de les exciser. Des yeux d'écrevisse, une sonde garnie de coton, un barreau aimanté, etc., lui servaient pour enlever les corps étrangers de l'œil (1). Il n'est pas partisan de l'extirpation de cet organe : on doit tout employer, dit-il, pour rendre cette opération inutile, repousser l'œil avec une planchette de bois de chêne appliquée à demeure, et prescrire un régime qui puisse prévenir la dégénérescence du squirrhe en carcinome (2).

Jean de Muralto n'était pas non plus disposé à faire agir l'instrument tranchant sur les yeux, car ayant à traiter des excroissances fongueuses, il les détruisit dans un cas par les caustiques, et dans une autre occasion par la ligature, après avoir perdu beaucoup de temps et causé de grandes douleurs au malade (3). Le succès avec lequel il fit disparaître un pannus en le touchant avec l'alun calciné, lui servit pour prouver que l'œil supporte souvent très-bien l'action des cathérétiques. (4). J.-J. Wagner prétend avoir réduit un hypopyon survenu à la suite de la petite-vérole, et si considérable qu'il

(1) *Chirurgische Schriften*, *kap.* 21. 25, (*Leipzig.* 1712), *Th.* I. 75. 85.
(2) *Loc. cit. Pathologia chirurgica*, *Pars* II, *cap.* 5, p. 19.
(3) *Ephem. Nat. Curios. Dec.* II, *Ann.* III, *Obs.* 126, p. 260.
(4) *Ibid. Obs.* 133, p. 269.

sortait entièrement de l'orbite, en y appliquant des feuilles de trèfle rouge (1). M. B. Valentini parvint à guérir, au moyen de la ponction, des hypopyons et des hydrophthalmies, pour lesquels on avait déjà proposé l'extirpation. Il exécuta aussi cette dernière opération avec succès, d'après la méthode de Fabrice de Hilden, dans divers cas de cancer de l'œil (2).

G. Clauder donna un rare exemple d'impéritie et de maladresse, en fatiguant par des caustiques et des moyens de toute espèce un ptérygion facile à opérer, qu'à son grand étonnement le malade aima mieux conserver que de se voir tourmenter ainsi plus long-temps (3). Ayant à traiter une tumeur située près de l'iris, et qu'il décrit trop mal pour qu'on puisse déterminer si c'était un staphylome, une procidence de l'iris ou un stéatome de la conjonctive, le chirurgien Velder en fit la ligature avec un filament d'écorce de garou, dont il l'avait traversée au moyen d'une aiguille courbe, et cautérisa ensuite une racine qui avait résisté; le malade conserva la vue, à ce que prétend J. L. Fehr (4). Ph. Frauendorffer rapporte le cas intéressant d'une hydropisie de la conjonctive qui guérit parfaitement à la suite de la rupture spontanée de la tumeur, qu'on n'avait pas voulu ouvrir (5).

Thomas Woolhouse, qui joignait à une grande expérience beaucoup d'habileté et une connaissance profonde des écrits laissés par les anciens, aurait acquis bien plus de droits à la vénération des oculistes s'il avait mieux fait connaître ses procédés. Il s'attacha sur-tout à remettre en honneur l'ophthal-

(3) *Ibid. ann.* V, *Obs.* 103, p. 209.
(4) *Ibid. ann.* VI, *Obs.* 70, p. 159.
(5) *Ibid. ann.* VII, *Obs.* 176, p. 335.
(1) *Ibid. Obs.* 230, p. 435.
(2) *Ibid. Dec.* III, *ann.* III, *Obs.* 3, p. 4.

moxyse, pour laquelle il avait une grande prédilection. Il employait pour la pratiquer des glumes d'orge dont les barbes étaient réunies en faisceaux, de manière qu'il en résultait une hampe, et que leur côtes moyennes, finement dentées, se trouvaient en dehors. Ce bouton, monté sur un manche, et barbelé tout autour, qu'il appelait *xystre*, lui servait à râcler l'œil et les paupières dans un grand nombre de cas, dans le pannus, le ptérygion, les ulcères de la cornée, le trachoma, l'ectropion, l'encanthis, le prolapsus de la glande lacrymale, etc. Il donna aussi la première bonne explication du passage d'Hippocrate relatif à cette opération, et fit ainsi disparaître l'erreur à laquelle avait donné lieu la traduction infidèle du mot ἄτρακτος. Son mode opératoire pour le ptérygion et le pannus différait à la vérité fort peu de celui des anciens; cependant il se contentait quelquefois, dans la seconde de ces maladies, d'inciser les vaisseaux développés outre mesure, et d'en laisser couler le sang jusqu'à ce qu'ils s'affaissassent; le pannus disparaissait alors de lui-même, et il en excisait les débris ou les cautérisait avec une sonde à demi-rouge, lorsque la disposition à la dégénérescence cancereuse se faisait remarquer. Mais il rejetait complètement toutes les poudres auxquelles on attribuait la propriété de consumer cette excroissance, entre autres celle de crystal, parce qu'il avait vu des taches profondes et incurables de la cornée résulter de l'emploi de ces moyens, et même des plus innocens en apparence, comme la poudre de sucre. Suivant toutes les probabilités, il enlevait les lames les plus extérieures de la cornée pour remedier au leucoma et autres altérations superficielles de cette membrane. Toujours il faisait rentrer les hernies recentes de l'iris chez les jeunes sujets, et il suivait la même méthode lors-

qu'une partie de l'iris se trouvait engouée dans la cornée relâchée, affection à laquelle il donnait le nom assez convenable de *hernie oculaire*. Dans le staphylome total de la cornée, il pratiquait une large incision cruciale pour vider l'œil, qui conservait parfaitement sa forme et son volume, ou qui se réduisait à un moignon sur lequel on pouvait adapter un œil artificiel mobile. Il conseillait aussi en pareil cas de comprimer l'organe au moyen d'une espèce de capsule enduite d'un onguent dessicatif à l'intérieur, qu'il insinuait sous les paupières, procédé auquel il donnait le nom de *remboitement*. Il saisissait l'encanthis avec une érigne double, et l'excisait avec un bistouri falciforme. Il a aussi inventé plusieurs instrumens ingénieux pour extraire les corps étrangers de l'œil. Il ouvrait avec une lancette les tumeurs purulentes ou séreuses situées entre la conjonctive et la sclérotique, mettait à nu les abcès du fond de l'orbite et des muscles oculaires en incisant la première de ces deux membranes, scarifiait l'onyx avec son *mouchetoire*, instrument composé de plusieurs pointes d'épingles courtes et fixées les unes à côté des autres, plongeait un petit trois-quarts dans la cornée chez les sujets affectés d'hypopyon, et suçait l'humeur aqueuse à l'aide de la canule, d'après Tuberville, qui avait vu les Chinois et les Japonais mettre cette méthode en pratique. Souvent aussi, dans toutes ces affections et dans l'amblyopie, il passait un petit séton au travers de la chambre postérieure. Nous n'avons plus malheureusement que des notions vagues et superficielles sur la manière dont il extirpait l'œil, remédiait à l'exophthalmie, arrachait les cils, et en détruisait les racines dans la trichiase, etc. (1).

(1) *Eph. nat. Curios.* V. VI *Appendix*, p. 129. — Mauchart, dans

Si Woolhouse a peut-être été trop loin en disant que l'hypopyon est toujours la suite d'un abcès de l'iris, G. Bidloo donna une explication fort inexacte de cette maladie en soutenant que le pus est produit par la dégénérescence de l'humeur aqueuse. Il se hâta trop aussi de dire qu'on ne la guérit jamais sans perte de la vue. Tous les remèdes maturatifs ou résolutifs, assure-t-il, aggravent constamment le mal, et il faut avoir recours de préférence à la perforation, qui se pratique au bord inférieur de la cornée transparente avec un bistouri en forme de bec de moineau; comme on n'a pas besoin de songer à conserver les parties intérieures, on comprime l'organe pour faire sortir le pus, et on expulse même ensuite le crystallin et le corps vitré, s'ils sont altérés. L'onyx est produit par de la lymphe qui se convertit en pus entre les lames de la cornée. Lorsque cette tumeur ne s'abcède pas d'elle-même dans l'espace de deux jours, après l'emploi des maturatifs, on l'ouvre avec un bistouri pointu et non tranchant sur les bords; mais on réussit presque toujours à procurer la résolution des épanchemens de sang entre les lames de la membrane (1).

Bidloo pensait qu'on ne doit point opérer le pannus, parce que les vaisseaux étant une fois divisés, ne se refermeraient pas, et il prétend que les maladies de ce nom, qu'on a guéries par l'incision, étaient de véritables ptérygions. Quant à ces derniers, ils sont formés par la substance retournée et développée de la conjonctive elle-même qui a été arrachée. Lorsqu'ils débutent, on peut fonder

ses Dissertations sur ces opérations. — Haller, dans ses Dissertations chirurgicales.

(1) *Exercitationes anatom. chir. Dec.* I, (*Lugd. Batav.* 1708), p. 87.

quelque espoir sur les dessicatifs, mais il ne faut jamais employer aucune substance véritablement cathérétique. Ayant remarqué qu'une érigne déchire souvent le tissu de l'excroissance, il saisissait cette dernière avec des pinces dentées, la soulevait, la coupait avec des ciseaux, et appliquait sur la plaie de la charpie très-fine trempée dans une dissolution de vitriol. Il recommande aussi de ne jamais recourir aux corrosifs pour détruire l'encanthis; on doit l'extirper de même, puis cautériser la plaie avec un tuyau mince, ou la couvrir de gypse, et appliquer dessus une boulette de papier mâché, afin d'exercer une compression qui empêche la maladie de repulluler. La procidence de l'œil, quand elle dépend de la faiblesse et du relâchement des muscles oculaires, cède à la compression et aux fortifians; mais le beurre d'antimoine avec le laudanum est le seul moyen qui produise quelque effet dans le cancer de l'œil : il a vu extirper un œil, atteint de cette maladie, par M. Van der Maas, qui pratiqua l'opération avec un bistouri un peu courbé sur son plat; cet instrument lui servit à faire lentement de nombreuses incisions, dirigées du grand angle vers le petit, d'abord à la partie inférieure, puis à la partie supérieure du bulbe. Bidloo a lui-même extirpé depuis avec succès un œil qui avait été grièvement blessé. Le leucoma diffère de la paralampse en ce qu'il n'est pas toujours superficiel, mais a quelquefois aussi son siége entre les lames et à la partie concave de la cornée transparente. Il recommande, pour guérir cette affection, lorsqu'elle est superficielle, de lécher souvent l'œil avec la langue, saupoudrée de suc candi ou trempée dans la dissolution de vitriol, moyen bizarre que Sam. Th. Quellmalz tira de l'oubli bien des années

après (1). Le leucoma, situé profondément, est incurable. Bidloo conseille de ne jamais exciser les excroissances ni les cicatrices de la cornée, parce qu'elles renaissent toujours, mais de les comprimer et de les dessécher en y appliquant du gypse avec de la farine de froment. On peut cependant aussi recourir à l'instrument tranchant lorsqu'elles siégent à la circonférence de la cornée ou sur la sclérotique (2).

Woolhouse fut peut-être trop partisan des opérations. Antoine Maître-Jean tomba dans l'excès contraire, et il en rejeta plusieurs, qui sont fort utiles, comme étant des projets inexécutables conçus par des chirurgiens de cabinet. Ainsi, par exemple, il traite de mensonger le récit que fait Covillard d'une exophthalmie guérie par lui. Quand l'œil est tout-à-fait sorti de l'orbite, il faut absolument l'extirper; dans les autres cas, on applique des fomentations émollientes, et aussitôt que le pus manifeste sa présence, on fait une profonde incision à travers la sclérotique et l'uvée, dans l'angle externe, afin de vider l'œil, et d'obtenir un moignon sur lequel on puisse adapter ensuite un œil artificiel (3). Pour enlever les petites paillettes fixées à la surface de l'œil, il se servait d'un tuyau de paille fendu et courbé en manière d'anse, qu'il promenait sur l'organe, et auquel le corps étranger s'attachait (4). Dans l'hypopyon, comme dans l'onyx, on ne doit point attendre l'ouverture spontanée, mais se hâter de plonger une lancette. Il rejette la ligature du staphylome, parce qu'il la vit toujours

(1) *S. T. Quellmalz*, *De linctu*, *oculorum collyrio*, *Lips*. 1753.
(2) *Bidloo*, *l. c. Dec.* II, p. 141—194.
(3) Traité des Mal. de l'œil, Part. II, chap. 6. 10, (Paris 1722), p. 317.
(4) *Ibid.* chap. 11, p. 347.

suivie d'une fistule, à travers laquelle l'humeur aqueuse suintait continuellement. Dans le staphylome total de la cornée, il ne faut songer, dit-il, à d'autre opération qu'à l'excision du sommet de la tumeur, qui est suivie de l'écoulement des humeurs et de l'affaissement des membranes. Il pense que les excroissances spongieuses de la cornée repullulent toujours après avoir été excisées, et c'est pour cette raison qu'il les cautérise avec un mélange de vin, de mie de pain et de sublimé; mais on doit bien se garder d'y toucher lorsqu'elles sont de nature cancéreuse(1). Il regarde comme impossible d'extirper complètement les tumeurs enkystées des paupières : il les ouvre, les vide, et détruit le kyste par l'action des caustiques. Il rejette avec raison la methode de coller les cils à la face externe de la paupière dans l'entropion, et conseille de les arracher avec persévérance, toutes les fois qu'ils reparaissent. Il regarde la distichiase comme une maladie qui n'existe point, et l'anarrhafe aussi bien que l'incision demi-circulaire, dans la lagophthalmie, lui paraissent des opérations dénuées de toute importance en pratique. Les procédés opératoires qu'on a proposés dans l'entropion et le symblépharon sont inexécutables et contraires à la saine raison : ces deux maladies ne peuvent point être guéries; mais on détruit l'ankyloblépharon par une incision faite à la faveur d'une sonde cannelée (2).

Cornélius Trioens vit un cancer de l'œil, qu'il avait traité pendant long-temps par les calmans, devenir enfin mortel, et il avoue lui-même que le malade aurait peut-être été sauvé, si l'on avait eu de suite recours à l'opération (3) C. H. Erndl con-

(1) *Ibid.* ch. 16, p. 411.
(2) *Ibid.* Part. III, ch. 12, 18, 20, 22.
(3) *Obs. med. chir. Fasc.* (*Lips.* 1743), p. 96.

seilla un nouveau mode de traitement pour la trichiase et la distichiase; l'évulsion des cils suivie de l'ustion des racines, et l'incision, dans laquelle il croit que le bord même des paupières se trouve toujours compris, lui paraissant des opérations trop cruelles, il fit la singulière proposition de couvrir l'œil avec un œil artificiel très-mince, poli et transparent, pour le mettre à l'abri de l'action irritante des cils (1). Laurent Heister conseilla d'ouvrir toujours l'orgeolet par l'intérieur, afin d'éviter la difformité des cicatrices, et recommanda, pour l'opération de l'anarrhafe, un instrument imaginé par Adrianson, qui ressemble à celui de Bartisch, mais qui est en laiton et garni de trous, à travers lesquels on passe les ligatures après l'application; alors on excise le pli de la peau qui fait saillie en devant, on éloigne l'instrument, et l'on noue ensemble les fils retirés des trous. Il est difficile, selon lui, d'obtenir une bonne cicatrice quand on n'adopte pas ce procédé. Heister conseille l'excision du bord des paupières dans les cas les plus fâcheux de trichiase et de distichiase; et, contre l'opinion de ses prédecesseurs, il aime mieux enlever, dans le symblépharon, une partie de la conjonctive oculaire et même de la sclérotique, que de toucher à la paupière, afin d'éviter la lésion des conduits excréteurs de la glande lacrymale, qui pourrait avoir des suites désagréables. Lorsque l'encanthis est de nature bénigne, il le détruit avec des caustiques ou avec le bistouri : dans le cas contraire, il veut que l'on se borne à l'emploi des rafraîchissans et des dessicatifs. Il opère le ptérygion à la manière des anciens, ou, quand l'excroissance est évidemment alimentée par de gros vaisseaux, il coupe ces derniers près de la caroncule; après quoi la maladie disparaît d'elle-même, ou

(1) *Eph. Nat. Cur. Cent. X, Obs.* 75, p. 390.

cède aux moyens appropriés. Heister paraît avoir des idées fort inexactes sur le staphylôme, qu'il prétend n'être jamais produit que par la procidence de l'iris, et qu'il confond même avec le leucoma. On ne saurait douter non plus qu'il n'ait méconnu également ce dernier, puisqu'il conseille de l'ouvrir, et qu'il assure l'avoir vu cautériser avec succès en Hollande. Il ne sait point distinguer l'hydrophthalmie de l'exophthalmie, et conseille la ponction dans la première de ces deux maladies; ou bien, lorsque la vue est abolie sans retour, il pratique une large incisision à l'œil, fait sortir le contenu de cet organe, et, si le cas l'exige, excise une partie de la coque pour procurer l'espace nécessaire à l'application d'un œil artificiel. Il est rarement nécessaire ou même praticable d'extirper l'œil tout entier; mais si l'on ne pouvait s'en dispenser, il faudrait le faire d'après la méthode de Fabrice de Hilden, et jamais avec l'instrument de Bartisch, qui fracture les os de l'orbite. Une forte compression exercée avec une plaque de plomb, suffit pour réprimer les fongosités qui s'élèvent du fond de la plaie après l'opération (1).

J. A. Gensel blâme sévèrement un chirurgien, qui ayant à traiter un œil saillant hors de l'orbite, et couvert de fongosités, y appliqua des répercusifs et du vinaigre rosat, au lieu de recourir aux émolliens, aux résolutifs et aux diaphorétiques, et causa ainsi la mort du malade; mais il ne dit pas qu'on aurait pu recourir à l'opération (2).

Guillaume Chéselden imagina une opération qui est, sans contredit, la plus utile que nous connaissions, après celle de la cataracte, et qui consiste à établir une pupille artificielle. On regrette seule-

(1) *Chirurgie*, *Kap.* 42—55, (Nuernberg, 1719), p. 448.
(2) *Eph. Nat. Cur. Cent.* I, *Obs.* 194, p. 424.

ment qu'il ait parlé de sa méthode en termes si obscurs, que beaucoup de personnes n'ont pu le comprendre. Il faut, dit-il, insinuer à travers la sclérotique, sous la cornée, et au-devant de l'iris, un bistouri très-mince, tranchant d'un seul côté, et presqu'en forme d'aiguille, avec lequel on fabrique une pupille artificielle dans l'endroit où la pupille naturelle est oblitérée. Si l'on en juge, par conséquent, d'après ses expressions, il veut que l'on pénètre dans la chambre antérieure par la sclérotique, ce qui ne peut se faire qu'en plongeant le bistouri immédiatement au bord de la cornée transparente. Mais, d'après la figure, l'incision se trouve éloignée d'une bonne ligne de ce bord, et cependant on voit l'instrument pénétrer dans la chambre antérieure, immédiatement auprès de la circonférence de la cornée. Si donc on n'admet pas qu'aussitôt après avoir plongé la pointe de son bistouri, Chéselden en inclinait le manche vers la tempe, de manière que cette pointe, glissant le long de la face interne de la sclérotique, se frayât, entre elle et le ligament ciliaire, ou entre celui-ci et l'iris, une route pour pénétrer dans la chambre antérieure, le passage demeure fort équivoque, et l'on ne peut pas en vouloir à Janin et à beaucoup d'autres chirurgiens de ce que, ne l'ayant pas compris, ils ont paru mettre en doute la véracité de Chéselden. L'illustre chirurgien anglais assure cependant avoir pratiqué avec succès cette opération, qu'il dit être infaillible et exempte de danger, pourvu qu'on se garde bien d'appuyer sur l'œil, parceque l'écoulement de l'humeur aqueuse la rend bien plus difficile à exécuter (1). Woolhouse paraît avoir

(1) *Cheselden, Anatomy of human body. London*, 1741, tab. XXXVI, p. 317. -- L'histoire, rapportée p. 300, d'un aveugle de naissance à qui

été le premier depuis cette époque qui ait conseillé de pénétrer dans la chambre postérieure, afin de pouvoir en même-temps établir une pupille artificielle, et déprimer le crystallin quand il est cataracté (1). Dans le staphylome, qu'il appelle proptose de la cornée, Chéselden enfonçait une aiguille courbe à travers la tumeur, et coupait derrière elle la portion qu'elle embrassait. Cette opération était toujours suivie de la sortie du crystallin, et les bords de la plaie ne tardaient pas à se réunir ; l'ayant néanmoins pratiquée sur un œil tout-à-fait sorti de l'orbite, elle entraîna des douleurs si violentes, qu'il ne fut plus tenté de la conseiller.

Mauquest de la Motte se contentait aussi d'arracher les cils dans l'entropion, et de réitérer l'évulsion chaque fois que les poils reparaissaient; mais il craignait tant les mauvais effets de l'air atmosphérique dans les ophthalmies, que, pour les prévenir, il recommandait de couvrir l'œil enflammé avec un emplâtre agglutinatif, ou même avec un emplâtre de poix, et d'attendre patiemment la suppuration, qu'il croyait être le meilleur mode de terminaison de la maladie (2).

Santi Zarini conseilla l'ophthalmo-phlébotomie comme un excellent moyen contre les ophthalmies (3). Elie Camerarius proposa, dans l'ophthalmie syphilitique, d'ouvrir la conjonctive au bord

a uteur rendit la vue, en déprimant la cataracte sur les deux yeux, est tout-à-fait étrangère au sujet qui nous occupe. Janin et beaucoup d'autres l'ont évidemment confondue avec ce dernier, et Bertrandi ne s'en est pas formé une idée plus juste. Sharp seul paroît avoir bien compris Chéselden, comme l'ont fait aussi depuis Chandler et Scarpa.

(1) *Mauchart, Diss. de pupillæ phthisi*, dans *Haller, Diss. chirur. vol.* 1, p. 455.

(2) Traité complet de Chirurgie, T. II, Obs. 60, p. 237, (Paris 1722).

(3) *De Curatione per sanguinis missionem. Lucca*, 1722, (*Haller, Bibl. chirurg.* T. II, p. 45).

de l'orbite, et de laisser couler le pus qui se serait formé. Il se montra aussi grand partisan de l'ophthalmoxyse. Zacharie Platner ne contesta point les avantages de cette opération, mais il rejetta le xystre de Woolhouse, dont les petits crochets sont sujets à rester engagés dans la membrane, et à augmenter ainsi l'inflammation : il soutint avec raison qu'un instrument d'acier serait bien préférable et plus facile à conduire (1).

Charles de Saint-Yves fait remarquer qu'après l'incision de l'orgeolet, on ne trouve souvent autre chose qu'une petite masse dure, qu'il conseillait de détruire en y appliquant avec circonspection une liqueur caustique ; il veut, quand la maladie s'est établie à la face interne de la paupière inférieure, qu'on l'entoure d'une anse de fil destinée à la soulever, qu'on pratique une incision de chaque côté, et qu'on coupe ensuite la tumeur jusqu'à la racine avec des ciseaux (2). Il admet deux espèces de trichiase. Les cils seuls ont une direction vicieuse dans la première : il les arrache, et en détruit les racines avec la pierre infernale ; l'autre espèce, celle dans laquelle le cartilage tarse lui-même est roulé en dedans, exige l'ablation d'un lambeau de peau qu'on soulève avec deux pinces, après quoi on réunit les lèvres de la plaie par le moyen de trois points de suture, dont les deux externes sont disposés de manière qu'il y ait plus de distance entr'eux à la paupière supérieure qu'à l'inférieure (4).

Saint-Yves est parvenu à guérir une division récente des paupières par la suture entortillée ; mais

(1) *Z. Platner, Diss. de scarificatione oculorum, Lips.* 1728. — *Programma de medecinâ ocularià, ibid.* 1735.

(2) *St. Yves, A new treatise of the diseases of the eyes. London* 1744, L. I, ch. 5, p. 80.

(3) *Ibid.* ch. 9, p. 93.

il rejette complètement l'opération dans les cas où la solution de continuité est ancienne, parce que les scarifications pratiquées sur les bords de la division, feraient éprouver une trop grande perte de substance au cartilage tarse. Il veut qu'on pique les paupières avec une lancette, lorsqu'un œdème s'y développe, et que, quand elles sont le siège d'une tumeur enkystée, on excise une portion du kyste lui-même avec des ciseaux. Lorsque l'ectropion tient à des fongosités de la conjonctive qui double la paupière inférieure, on les guérit en touchant ces excroisances avec la pierre infernale. Après avoir séparé l'ankyloblépharon par une incision faite à la faveur d'une sonde, on prévient la réunion des lèvres de la plaie en introduisant une plaque de plomb qui a la forme d'un œil artificiel, et qui est relevée par une côte saillante. La méthode opératoire de Saint-Yves pour le ptérygion ne diffère point de celle des anciens : mais, lorsque l'excroissance présente un très-grand volume, il donne le conseil, difficile à mettre en pratique, de la diviser en quatre portions, qu'on excise l'une après l'autre, après avoir passé un fil dans chacune (1).

Saint-Yves changea le sens des dénominations données aux diverses collections purulentes dans l'œil, de sorte que pour lui l'hypopyon est un amas de pus entre les lames de la cornée transparente, et l'onyx un dépôt dans la chambre antérieure. Il prétend qu'on peut souvent dissoudre ou précipiter le pus par différens moyens, mais que quand on n'y parvient pas, il faut faire au-dessous de la collection une incision assez étendue pour que l'écoulement du pus puisse être favorisé par des injections avec de l'eau tiède, et qu'il

(1) *Ibid.* ch. 11 — 24, p. 105.

soit possible d'écarter dans la suite les lèvres de la plaie avec une sonde, s'il venait à s'accumuler une nouvelle quantité de matière. Il rejette avec raison la ligature du staphylome : lorsque cette affection n'a pas acquis beaucoup de volume, il passe un fil à travers, l'incise ensuite avec la lancette, et achève la section avec des ciseaux (1). Quant au staphylome total, il l'excisait entièrement, mais il ne décrit point son procédé : souvent aussi on peut, dit-il, en touchant le sommet de la tumeur avec la pierre infernale, diminuer l'œil d'un tiers, de manière que l'application d'un œil artificiel devienne praticable (2).

B. D. Mauchart, partisan déclaré de Woolhouse, témoigna l'intérêt particulier que la médecine oculaire lui inspirait, en publiant plusieurs dissertations dans lesquelles on voit cependant briller moins le talent d'un observateur que celui d'un homme profondément instruit de ce que les anciens et les modernes ont écrit. Il prodigua sur-tout de grand éloges à l'ophthalmoxyse avec le xystre de Woolhouse, les tiges de prèle, et autres substances semblables. On doit scarifier avec ces instrumens non-seulement les paupières, mais encore le globe de l'œil lui-même, ainsi que la caroncule et la glande lacrymales; l'opération est utile comme saignée locale, dans le psydracion, petit ulcère de la conjonctive, le pannus, le chémosis, les varices de la conjonctive, l'ectropion, le trachoma, l'encanthis, la procidence de la glande lacrymale, et les ulcérations de la caroncule; mais elle diffère complètement de la phlébophthalmotomie qui consiste à soulever un à un les petits vaisseaux de la surface de l'œil avec une aiguille fine, et à

(1) *Ibid.* L. II, ch. 9, p. 196. Ch. 11, p. 204.
(2) *Ibid.* ch. 33, p. 309.

les couper. Lorsque la sclérotique fait saillie à travers l'*adnata*, sous la forme d'une tumeur lenticulaire et noire, il faut inciser la sclérotique elle-même, et donner issue au sang coagulé. On est souvent obligé de répéter l'ophthalmoxyse, sur-tout dans les maladies rebelles, et de la prolonger chaque fois jusqu'à ce qu'il ne coule plus de sang, mais seulement de la sérosité. Lorsqu'on veut scarifier la glande lacrymale, on se sert d'un *speculum oculi*, ou bien on écarte les deux paupières l'une de l'autre au moyen de deux morceaux de toile collés avec de la colle de menuisier; mais il faut y mettre beaucoup de légèreté et de circonspection, et surtout recommander au malade de remuer ensuite souvent l'œil, afin de prévenir l'ankyloblépharon (1).

Les scarifications de la conjonctive palpébrale conviennent aussi, comme moyen dérivatif, dans toutes les taches de la cornée, qu'on peut également détruire par l'incision des gros vaisseaux nourriciers, par l'action de lécher, suivant la méthode de Bidloo, l'application du vitriol bleu, et par l'excision des lames extérieures de la membrane. Mais lorsqu'il se présente un leucoma, il faut l'ouvrir avec une aiguille fine, comme le mouchetoire de Woolhouse, ou tout autre instrument analogue, et laisser couler l'humeur qu'il renferme (2). On voit qu'il serait à désirer que Mauchart se fût attaché davantage à préciser et à distinguer les différentes affections de la cornée dont il a traité.

On parvient souvent à guérir l'onyx commençant par l'emploi des dérivatifs, par l'ophthalmoxyse

(1) *Diss. de ophthalmoxysi novantiqua. Tubing.* 1726, dans *Haller, Diss. chir.* T. I, p. 317.
(2) *Diss. de maculis corneæ*, dans *Haller, loc. cit.* p. 341.

et par les épithèmes résolutifs : autrement on le perce, dans le point le plus saillant et le plus blanc, avec le mouchetoire de Woolhouse, ou avec une aiguille à cataracte ordinaire et ronde ; mais si le pus est situé a une plus grande profondeur, on se sert d'une aiguille en forme de lancette pour pratiquer l'incision à la partie inférieure de la cornée transparente (1).

Lorsque les fistules de la cornée transparente sont calleuses, on enlève les callosités en tournant une aiguille en forme de lancette autour de son axe dans le trajet fistuleux lui-même, et appliquant ensuite le baume de Woolhouse avec une feuille d'or battu (2).

Mauchart conseille, pour pratiquer une pupille artificielle, de plonger l'aiguille de Chéselden dans la chambre antérieure à travers la cornée transparente, de détruire les adhérences de l'iris, si elle en a contracté, et de rouvrir la pupille naturelle; mais il vaut encore mieux, continue-t-il, suivre la méthode de Woolhouse, pénétrer dans la chambre postérieure en perçant la sclérotique, et ouvrir la pupille d'arrière en avant. On ne doit inciser l'iris elle-même, comme le fit Chéselden, que quand la pupille est tout-à-fait oblitérée, et voici de quelle manière on s'y prend : une fois parvenu dans la chambre postérieure, on pousse l'aiguille sur la partie de la membrane qu'occupait l'ouverture naturelle, on la retire ensuite un peu, en ayant soin d'agrandir cette dernière, et avant de l'enlever entièrement, on examine si la pupille qu'on vient de former est assez large, ou s'il n'existe pas une cataracte, qu'il faudrait

(1) *Diss. de ungue oculi*, dans *Haller*, *loc. cit.* p. 381.
(2) *Diss. de fistulâ corneæ*, dans *Haller*, *loc. cit.* p. 415.

abaisser sur le champ. Quand la chambre postérieure renferme du pus ou du sang extravasé, on évacue ces matières par une incision faite à la sclérotique. On peut chercher à détacher et à abaisser avec circonspection les corps étrangers qui obstruent l'iris; et, s'il est impossible d'y parvenir, on pratique une pupille artificielle au-dessus de l'autre. Jamais au reste il ne faut faire cette pupille trop large, et Mauchart doute qu'elle soit susceptible de se mouvoir, parce qu'elle n'est pas garnie d'un sphincter comme la pupille naturelle (1).

L'emploi des caustiques et des autres moyens analogues est toujours dangereux dans le staphylome. On peut tout au plus se permettre d'y recourir lorsque la tumeur est trop petite et non enflammée. On la touche alors légèrement avec la pierre infernale, et l'on doit pendant la nuit la couvrir d'un petit morceau de vessie pour empêcher qu'elle ne touche à l'œil. Mais, dans tous les cas, les toniques et les astringens méritent la préférence : il vaut même mieux, en l'absence de toute inflammation, recourir à la compression exercée avec des compresses graduées, ou au remboîtement de Woolhouse, qui a le grand inconvénient toutefois de trop irriter l'œil. Les procidences de l'iris exigent qu'on s'empresse de faire rentrer la membrane en exerçant de douces frictions sur les paupières fermées, ou qu'on la repousse avec une sonde de petit calibre, après avoir dilaté l'ouverture de la cornée. C'est seulement lorsqu'il n'y a plus d'espoir de réduction, qu'on doit se résoudre à pratiquer la résection, qui

(1) *Diss. de pupillæ puthisi et synizesi*, dans *Haller*, *loc. cit.* p. 455.

mérite de beaucoup la préférence sur la ligature, toutes les fois qu'on peut l'exécuter. Quand il existe un staphylome total de la cornée, ou plusieurs staphylomes partiels à la fois, on incise l'œil en croix, ou l'on excise circulairement la cornée avec un bistouri courbe, pour donner issue aux humeurs (1).

Mauchart alla plus loin encore que Woolhouse dans les éloges qu'il crut devoir prodiguer à la paracentèse de l'œil. En effet, il regardait cette opération comme indiquée, non seulement dans l'hydrophthalmie, l'hypopion et l'altération de la transparence de l'humeur vitrée, mais encore dans la turgescence séreuse du corps vitré et du crystallin lui-même, et dans les cataractes laiteuse ou purulente. On l'exécute en plongeant un petit trois-quarts de l'épaisseur d'une plume de corbeau, soit dans la partie la plus saillante de l'œil, soit dans l'endroit où l'on a coutume d'enfoncer l'aiguille lorsqu'il s'agit d'opérer la cataracte par dépression. On fait pénétrer cet instrument dans la chambre postérieure, ou, si les circonstances l'exigent, dans le corps vitré, après quoi on retire le poinçon et on laisse la canule en place aussi long-temps qu'elle donne issue à de la sérosité. Il faut bien se garder d'exercer la moindre pression sur l'organe; mais on peut accélérer l'écoulement des humeurs, soit par la succion, soit par des injections faites avec la seringue d'Anel. On entretient la plaie ouverte pendant quelques jours en y insinuant une petite tente de charpie, et l'on peut, au besoin, réitérer la ponction elle-même. La plaque de plomb proposée par Nuck, est utile toutes les fois que le malade a perdu la vue sans retour, et

(1) *Diss. de staphylomate*, dans *Haller*, *loc. cit.* p. 478.

qu'on n'a plus d'autre but que d'obtenir un moignon bien conformé (1).

Les moyens à employer contre les tumeurs enkystées des paupières sont une mouche d'emplâtre de cantharides, suivant le conseil de Woolhouse, l'excision, et l'incision suivie de la destruction du sac par les caustiques; mais il vaut mieux, après avoir fendu la peau, saisir le kyste avec des pinces, une érigne ou un fil passé au travers, et l'enlever en le disséquant de toutes parts. L'extirpation des tumeurs de cette nature situées sous le muscle orbiculaire présente toujours beaucoup de difficultés, de sorte qu'on préfère y passer, comme le voulait Woolhouse, un petit séton enduit de digestif. Ce moyen ne serait néanmoins d'aucun secours dans les stéatomes très-durs et dans les squirrhes (2).

Mauchart appelait les abcès de l'œil hypopyon ou empyèse, suivant que la collection purulente se trouve dans la chambre antérieure ou dans la postérieure. Il assure que l'ophthalmoxyse est fort utile contre ces maladies, comme dérivatif, parce que, malgré tout ce qu'ont pu dire Bidloo et autres, on réussit à procurer l'absorption du pus en ayant recours aux fomentations aromatiques et autres moyens analogues. Il est même vraisemblable que Justus, dont parle Galien, précipitait toujours, en secouant ses malades, le pus au fond de la chambre postérieure, où il se trouvait délayé par l'humeur aqueuse et ensuite absorbé. Mais une lancette, garnie de linge jusqu'auprès de sa pointe, convient mieux, pour opérer l'hypopyon, que l'instrument de Meekren ou le trois-quarts de Woolhouse, dont on ne peut jamais rendre la pointe assez acérée : il faut plon-

(1) *Diss. de paracentesi oculi*, dans *Haller*, *loc. cit.* p. 587.

(2) *Diss. de tumoribus cysticis palpebrarum*, dans *Haller*, *loc. cit.* p. 291.

ger l'instrument dans la cornée, une ligne au-dessus de son bord inférieur, le remuer un peu, et le tirer par en bas, la tête du malade étant penchée en avant; si le pus refuse alors de couler, on introduit une sonde creuse, ou l'on pratique une injection, mais il ne faut opérer la succion de l'humeur qu'avec prudence et circonspection. Lorsque le crystallin s'engage dans l'ouverture de la pupille durant le cours de l'opération, ou bien on le repousse avec une sonde, ou, s'il est détaché tout à fait, on en pratique l'extraction. Quand l'hypopyon s'est ouvert de lui-même, il faut presque toujours aggrandir l'ouverture par le haut. Enfin lorsqu'il se présente un empyèse à traiter, on enfonce une lancette, un petit trois-quarts, ou l'aiguille cannelée à cataracte de Brisseau, dans la chambre postérieure, puis on écarte légèrement les bords de la plaie, et on fait couler le pus le long d'une sonde creuse (1).

L'application d'un séton à l'œil même, suivant la méthode des Chinois et des Japonais, convient dans beaucoup de cas. On commence par saigner le malade pour le préparer; ensuite on prend une aiguille armée d'une ligature enduite de blanc d'œuf, et montée sur un porte-aiguille, qu'on plonge dans la sclérotique à l'angle interne de l'œil, et un peu au-dessous de l'endroit où l'on enfonce l'instrument destiné à abaisser la cataracte; on lui fait parcourir avec précaution toute l'étendue de la chambre postérieure, et on la fait sortir du côté opposé; la ligature, qu'elle entraîne à sa suite, demeure en place pendant deux, trois ou quatre semaines, et remplit l'office d'un séton (2).

(1) *Diss. de hypopyo*, dans *Haller, loc. cit.* T. II, p. 1. — *Diss. de empyesi oculi*, dans *Haller, loc. cit.* p. 33.

(2) *Diss. de setaceo nuchæ, auricularum, ipsiusque oculi*, dans *Haller, loc. cit.* p. 247.

Benoît Duddell, élève de Voolhouse, se montra aussi grand partisan de l'ophthalmoxyse; mais il la rejeta dans les fistules de la cornée, par la raison, fort juste, qu'elle ne fait que rendre opaque une plus grande étendue de la membrane. Quant aux cicatrices, on doit les scarifier, mais non les exciser, sans quoi elles reparaissent plus larges et plus étendues. Il conseille de vider le staphylome, de scarifier la conjonctive, et de pratiquer ensuite le remboîtement de Voolhouse. Suivant lui, l'hypopyon est toujours la suite d'un abcès de l'iris (1). Il rejette la corétomie de Chéselden; on ne doit pas inciser l'iris elle-même, mais seulement les fibres qui obstruent la pupille, comme le conseillait aussi Woolhouse. Il détruisait l'ankyloblépharon avec un fil garni de nœuds ou avec le bistouri, après avoir soulevé la paupière au moyen d'une érigne (2). Les scarifications de l'œil lui ont semblé utiles dans l'amaurose commençante (4).

Ledran ayant à traiter un ectropion de la paupière inférieure, causé par une tumeur, l'opéra, du côté externe, en saisissant cette dernière avec une érigne et la détachant, au moyen d'une lancette arrondie à son extrémité, d'abord de l'œil, ensuite de la paupière; mais il en laissa subsister une petite portion qui adhérait à la caroncule lacrymale. La paupière se releva d'elle-même, et il ne resta plus, dans le grand angle de l'œil, qu'un léger renversement causé par la cicatrice d'une opération de la fistule lacrymale, que le malade avait subie autrefois; cependant Ledran parvint à le guérir aussi, en

(1) *Treatise on the Diseases of the horny coat. London*, 1729, *in*-4.°
(2) *Appendix to the Treatise of the eye. London*, 1733, *in*-4.°
(3) *A Supplement to the Treatise of the diseases of the horny coat, and to its Appendix. London*, 1736, *in*-8.°

excisant la cicatrice et réunissant les lèvres de la plaie par un point de suture (1).

Pierre le Hoc croyait que la paracentèse de l'œil peut prévenir la cataracte, car il s'imaginait que cette affection tient à ce que l'humeur aqueuse a perdu sa transparence (2).

Abraham Titsingh conseilla de nouveau la suture entortillée pour guérir le colobome (3). Henri Vylhoorn cautérisait les racines des cils, dans la trichiase, après l'évulsion des cils eux-mêmes; il voulait qu'après avoir excisé le trachoma et le ptérygion à la manière ordinaire, on en consumât les débris avec l'acide sulfurique; et, comme la plupart de ses contemporains, il se déclara sérieusement contre la ligature du staphylome, à laquelle il préférait l'incision de la cornée, ou même l'excision d'une partie de cette membrane, lorsque la tumeur présentait un volume considérable. Vylhoorn vit Taylor pratiquer la corétomie en ouvrant la nouvelle pupille par la chambre postérieure; mais l'opération, dans laquelle les nerfs ciliaires avaient sans doute été lésés, donna naissance à des accidens si graves que l'œil fut presqu'entièrement perdu (4).

Egide Craton Keck disait que la lagophthalmie et l'ectropion diffèrent complètement l'une de l'autre, mais que la première peut provenir du second. La tylose, la sycose et la pachyte sont toujours, suivant lui, des suites de l'ectropion : pour les pré-

(1) Mémoires de Chirurgie, vol. 1, p. 440.

(2) *Ergo præcavendæ cataractæ oculi paracentesis*, Paris, 1730. —*Quæst. med. An oculi punctio cataractam præcaveat?* Paris, 1740. — Dans *Haller*, *Diss. chir. Vol.* II, p. 157. Et dans *Siegwart*, *Quæst. med.* p. 171.

(3) *De verdonkerde heelkonst der Amsterdamers. Akmar*, 1730, *in-4.°*

(4) *Heister*, *Heelkondige onderwyzingen door H. Vylhoorn*, T. II, p. 713, *Amsterd.* 1741.

venir, il conseille, outre l'ophthalmoxyse et divers autres moyens, la cautérisation avec un fer peu ardent, tandis qu'on couvre l'œil par le remboitement de Woolhouse. On peut aussi exciser ces tumeurs avec le bistouri ou les ciseaux; mais il faut avoir soin d'épargner le cartilage tarse et les glandes ciliaires, de cautériser jusqu'aux moindres débris des excroissances, et, après l'opération, de maintenir la paupière dans une situation convenable à l'aide de compresses et de bandes. Tous les autres procédés, et en particulier celui d'Antyllus, lui paraissent devoir être rejetés, parce qu'ils donnent souvent lieu à l'entropion; cependant on peut, dans l'ectropion produit par une cicatrice superficielle, inciser d'un angle de l'œil à l'autre, lorsque les émolliens et les autres moyens analogues ont été sans effet (1).

Jean-Daniel Schlichting passa une aiguille à travers une procidence récente de l'iris, l'arrosa d'huile de myrrhe par *deliquium*, et exerça sur elle un point de compression; par cette méthode, il parvint à la guérir en peu de temps, et elle n'eut d'autre suite qu'une légère cicatrice qui ne gêna en rien la vision (2). J. G. Gunz loue aussi la compression dans les procidences récentes et peu étendues de l'iris, sans inflammation, ni callosités; il ne veut pas néanmoins qu'on l'applique directement sur l'œil, mais sur les paupières fermées. Il fait observer qu'on ne peut espérer quelque succès des médicamens que dans les staphylomes partiels et peu étendus, dans un myocéphalon; la pierre infernale, conseillée par Saint-Yves, est alors le

(1) *Diss. de ectropio. Tubing.* 1733.—Dans *Haller. Diss. chir. vol.* I, p. 271.
(2) *Act. Nat. Cur.* vol. VIII, Obs. 25, p. 67.

meilleur moyen. La ligature ne convient non plus que dans ces cas, et quand le staphylome a une base étroite; mais il faut se contenter d'entourer la tumeur avec le fil, sans passer ce dernier à travers sa base, car l'opération cause des douleurs cruelles, et les membranes sont devenues si minces dans les grands staphylomes, que la ligature les couperait sur le champ. Gunz ne rejette pas entièrement le conseil, donné par Celse, d'exciser le sommet du staphylome; il prétend que cette opération, exempte à la fois de douleur et de danger, peut rétablir pleinement la vue. Quand le staphylome est total et d'un volume médiocre, on passe un fil au travers, on l'ouvre à sa base avec la lancette, puis on l'excise complètement avec des ciseaux; s'il est très-considérable, on agit de la même manière, mais on enlève la cornée transparente toute entière, avec une partie de la sclérotique. Cependant, lorsque la tumeur est douloureuse, il vaut mieux ne pas y toucher que d'entreprendre une opération au moins difficile, et dont l'unique but est de faire disparaître une difformité (1).

Lafaye inventa une pince analogue à celle de Bartisch, pour l'opération de la blépharoptose et de l'entropion (2).

Samuel Sharp pratiquait la corétomie de la manière suivante, dans l'occlusion de la pupille et dans la cataracte dont les adhérences de la capsule crystalline avec l'iris empêchaient l'abaissement et l'extraction : il enfonçait l'instrument de Chéselden, comme s'il se fût proposé d'opérer la dépression;

(1) *Diss. de staphylomate, Lips.* 1748. Dans *Haller, Diss. chir.* vol. I, p. 475.

(2) Cours d'opérations de M. Dionis, revu et augmenté de Remarques par M. de la Faye. Paris, 1740. — Mémoires de chirurgie, vol. II, p. 536.

l'introduisait, la lame placée horizontalement et le dos tourné vers la cornée transparente, dans la chambre postérieure, entre le ligament ciliaire et la circonférence de l'iris; et, en le retirant, incisait cette dernière, soit dans son centre, lorsque le crystallin était intact, soit un peu vers le haut, dans le cas où la lentille était cataractée. Cependant il pensait que le résultat de cette opération est fort douteux, parce que l'atrésie de la pupille se lie très-souvent à l'état maladif de la rétine elle-même, que la nouvelle pupille a beaucoup de tendance à se refermer, et, que souvent l'iris, au lieu de se fendre, se détache du ligament ciliaire. Ces diverses remarques annoncent que Sharp était déjà sur la voie de la corédialyse. Au reste, c'est sur-tout dans la cataracte adhérente qu'il recommande la corétomie; car, lors même que la chambre postérieure de l'œil est fort petite, il pénètre cependant encore assez de rayons lumineux à travers le crystallin (1).

On peut jusqu'à un certain point rapporter ici l'incision d'une membrane pupillaire persistante (*cataracta membranacea connata*), que Th. Sprœgel pratiqua en plongeant une large aiguille dans la chambre postérieure, et détachant cette membrane de l'iris; comme il ne put parvenir à l'abaisser, il la laissa flotter librement; mais elle ne tarda pas à se précipiter d'elle-même, et le malade recouvra la vue (2) Si l'on est presqu'autorisé à conclure de là que la corétomie était encore peu connue à cette époque en Allemagne, Henri Meiners nous apprend qu'on la comptait, au contraire, en France, parmi les opérations les plus usitées (3). P. Raht-

(1) *Treatise on the operations of surgery. London*, 1751, ch. 29, p. 168.

(2) *Miscell. Berolinens. Vol.* VI, *sive Contin.*, V, n.° 12, p. 68.

(3) *Lista delle operazioni*, etc. — Comp. *Haller, Bibl. chirurg.* vol. II, p. 233.

lauw observa plus tard un cas analogue de persistance de la membrane pupillaire (1).

Thomas Hope montra qu'une simple procidence du globe de l'œil n'autorise point à extirper l'organe, même lorsqu'elle existe déjà depuis longtemps. En effet, ce praticien parvint à extirper une tumeur logée à une grande profondeur dans l'orbite, et qui, depuis sept ans, rejetait presqu'entièrement l'œil en dehors sur le temporal : il ramena cet organe au moyen d'une machine à compression garnie d'une vis; la vue s'était conservée intacte pendant tout le cours de la maladie. Un ectropion de la paupière inférieure, qui survint dans la suite, céda bientôt à l'excision des excroissances fongueuses, et de simples topiques suffirent pour faire disparaître la trichiase de la paupière supérieure (2).

Pourfour du Petit se déclara en faveur des scarifications de la conjonctive, dont il avait souvent reconnu la grande efficacité dans les ophthalmies anciennes et chroniques (3). D. G. Triller vanta aussi les avantages de l'ophtalmoxyse, qui fut presque généralement proscrite après lui, comme nous le verrons par la suite (4).

H. F. Délius opéra heureusement un cancer de la paupière (5). Jacques Daviel recommanda aussi de ne pas suivre les conseils de Saint-Yves et de Maître-Jean, qui voulaient qu'on demeurât inactif dans cette maladie : on doit, dit-il, opérer hardiment, mais avoir soin d'enlever toutes les parties affectées, et même le périoste, si, comme il arrive souvent,

(1) *Verhandeling van de cataracta*, etc. *Amsterdam*, 1752.

(2) *Philos. Transact.* vol. XLIII, n° 474, 15, p. 194.

(3) *Ergo senescentibus oculi inflammationibus, conjunctivæ scarificatio.* Paris, 1746.

(4) *Progr. de scarificatione et ustione oculorum. Witteberg.* 1754.

(5) *Frænk. Sammlungen*, Th. IV, 1759, *in*-8.°

le désordre s'est étendu jusqu'à cette membrane (1). Ses remarques sur l'insensibilité de l'iris, et sur la possibilité de la blesser sans qu'il en résulte aucune suite fâcheuse, ne sont pas non plus dénuées d'intérêt pour l'histoire de la pupille artificielle (2). Lui-même fut obligé de fendre l'iris afin de pouvoir extraire un crystallin ossifié, parce que la pupille se trouvait trop étroite pour le laisser passer (3).

J. F. Henkel blâma l'usage où l'on était de confondre les mots phalangose, blépharoptose, trichiase, distichiase, etc., mais sans préciser lui-même le sens qu'il faut attacher à chacun. Il assure s'être servi avec succès de la pince de La Faye pour opérer ces difformités (4). Il conseille, lorsque la pupille commence à être oblitérée par une fausse membrane (*cataracta membranacea falsa*), d'ouvrir la cornée transparente dans l'endroit qu'on juge le plus commode, et d'enlever la membrane à demi-formée avec une aiguille mousse à cataracte, ou de l'abaisser dans la chambre postérieure; mais si la pupille est déjà complètement oblitérée, il faut la percer avec l'aiguille, et élargir la piqûre autant que possible (5).

Olof Acrel observa fréquemment la trichiase et la distichiase en Finlande, où ces deux maladies sont endémiques à cause de la fumée qui remplit les habitations. L'excision sémilunaire de la peau des paupières, quoiqu'aidée de l'action des emplâtres agglutinatifs et d'un bandage approprié, ne lui réussit que dans les cas où la maladie n'avait pas atteint un haut degré d'intensité. Après l'avoir pra-

(1) *Philos. Transact.* vol. XLIX, P. I, n.° 30, p. 186.
(2) Journ. de médec. T. XVI.
(3) *Kon. Sw. Wetenskaps Acad. Handlingar.* 1759. Trim. I.
(4) *Abhandlung. der chirurg. Operat.* n.° 7. *Berlin*, 1775, p. 132.
(5) *Zweyte Sammlung med. chirurg. Anmerk. Berlin*, 1747, p. 61.

tiquée sans succès sur les deux paupières d'un malade, il enleva, suivant le conseil donné par Morand, à deux travers de doigt au-dessus du sourcil, un lambeau de la peau du front, du muscle frontal et de l'épicrâne, large d'un pouce et demi, et demi-circulaire, après quoi il rapprocha les lèvres de la plaie; mais cette opération ne fut pas non plus couronnée de succès. Alors il souleva un pli de la peau, qu'il cerna par deux incisions opposées, de manière à produire une plaie en losange, dont il réunit par un point de suture les angles mousses tournés vers le sourcil et le cartilage tarse. L'issue heureuse de cette opération hardie le détermina dans la suite à y recourir de préférence à toute autre. La cautérisation avec la pierre infernale ou avec le fer rouge lui réussit rarement pour détruire les racines des poils arrachés dans la distichiase, et le moyen dont il tira le plus de profit en ce cas, fut encore une dissolution de nitrate d'argent dans l'eau, avec du camphre et de l'aloès (1).

Il exécuta une opération remarquable dans un cas de lagophthalmie et d'ectropion. De larges cicatrices, produites par une brûlure, avaient tellement abaissé et renversé la paupière inférieure, relevé la supérieure, et rendu l'*adnata* sarcomateuse, que la personne était toute défigurée, et qu'il fallait rapprocher les paupières avec les doigts pour fermer l'œil. L'excision des cicatrices et l'application des caustiques avaient été employées en vain pour remédier à cette difformité. Enfin Acrel comprit toutes les cicatrices, avec les parties sous-jacentes, dans une ligature qu'il serra fortement afin de les faire mortifier et tomber : il réprima les fongosités de la conjonctive par des scarifications et des collyres secs de

(1) *Chirurgiska hændelser. Stockholm*, 1775, p. 48.

sucre candi, enleva ensuite des lambeaux demi-circulaires de peau à chacune des quatre paupières, et enfin attacha ensemble les deux paupières correspondantes elles-mêmes, au moyen de fils de soie qu'il passa au travers de leur épaisseur. Ce procédé eut un plein succès, et Acrel recommanda dans la suite la même ligature pour guérir l'ectropion dû à des cicatrices varioleuses (1).

Il détruisit un ankyloblépharon accompagné de trichiase, avec un bistouri conduit sur une sonde cannelée, excisa ensuite un lambeau demi-circulaire à chaque paupière, réunit les lèvres des plaies par des points de suture, toucha les bords des paupières avec une dissolution de pierre infernale, et obtint de cette manière une guérison radicale. Il suivit à peu près la même marche dans un ankyloblépharon compliqué de distichiase, avec cette seule différence que « *pour empêcher la guérison de s'effectuer trop promptement* » il prolongea l'incision deux lignes au-delà de la commissure externe, fit la plaie en losange au lieu de lui donner une forme demi-circulaire, et eut recours à la pierre infernale pour s'opposer à la croissance des cils (2).

Ayant à extirper une tumeur du volume d'un œuf, située au fond de l'orbite, il pratiqua une incision demi-circulaire suivant la direction des fibres du muscle palpébral, au-dessous du cartilage tarse et au côté externe de la paupière inférieure, détacha ensuite la tumeur des parties voisines en la disséquant avec un bistouri, la souleva avec une petite érigne et la coupa par derrière avec la feuille de myrte; les lèvres de la plaie furent alors réunies par quelques points de suture, et des compresses graduées, soutenues par un bandage, favorisèrent

(1) *Ibid.* p. 54.
(2) *Ibid.* p. 60.

la rentrée de l'œil dans l'orbite ; le malade guérit sans accidens, et il ne resta qu'une cicatrice à peine visible (1).

Acrel extirpa un œil cancéreux, de la grosseur d'une pomme-reinette, après avoir fendu la commissure externe d'un pouce, séparé les paupières du globe par deux incisions dirigées de dehors en dedans, et passé un fil au-travers de la tumeur : l'orbite fut ensuite remplie de charpie molle, et la guérison complète ne se fit pas attendre long-temps. Mais, dans un autre cas, peu de temps après l'opération, il s'éleva des fongosités grisâtres du fond de l'orbite, les os se gonflerent, et le malade ne tarda pas à périr. On trouva le cerveau et le nerf optique entièrement dégénérés et cancéreux (2).

Comme l'expérience avait appris à Acrel combien peu on doit compter sur les scarifications de Woolhouse dans le pannus et le ptérygion, il souleva le premier avec des pinces, et le détacha par rouelles de la cornée transparente ; malgré qu'il ne tardât pas à naître des chairs nouvelles sur les bords de la plaie faite à l'*adnata*, cependant il guérit son malade, après avoir excisé laborieusement ces bourgeons, appliqué un séton à la nuque et établi un cautère au bras. Un double ptérygion accompagné d'un abcès de la cornée, céda tout aussi heureusement à l'opération ordinaire, après l'ouverture de l'abcès (3).

Acrel jugea incurables divers cas de spina ventosa de l'orbite qui s'offrirent à lui, parce qu'il aurait fallu, pour enlever les exostoses, dénuder le

(1) *Ibid.* p. 63.
(2) *Ibid.* p. 67.
(3) *Ibid.* p. 70.

cerveau dans une trop grande étendue (1). Cependant Spoering a vu l'exostose se détacher d'elle-même, et l'œil conserver l'exercice de ses fonctions (2).

Acrel ouvrait l'hypopyon en incisant la cornée transparente. Il prétend même en avoir guéri un par l'application d'un onguent composé de graisse de vipère et de tuthie. Dans la synchyse, qu'il paraît confondre avec l'hypopyon, il fendait l'œil en croix avec une forte lancette, et provoquait la suppuration. Il vit plusieurs fois l'héméralopie survenir à la suite de l'abaissement de la cataracte, et disparaître bientôt sans laisser aucune suite désagréable (3).

Les observations que Thomas Aery (4), Janus Reghellini (5) et Thomas Younge (6) ont faites sur la non-oblitération des plaies de l'iris, ne pouvaient pas manquer de contribuer aux progrès de la corétomie. Georges Heuermann recommanda instamment cette opération, d'après la méthode de Chéselden, mais avec la différence qu'il voulait qu'on se servît d'une lancette à deux tranchans pour pénétrer par la cornée dans la chambre antérieure et fendre la pupille. Il rejette comme inutiles tant les aiguilles mousses que l'instrument indiqué par Sharp, et qui est celui de Chéselden (7). Au reste, Heuermann se montre partout partisan de Woolhouse et de Mauchart, dont il n'adopte néanmoins pas toujours aveuglément les idées. C'est ainsi qu'il

(1) *Ibid.* p. 73, tab. II, fig. 7.
(2) *Kongl. Sw. Vetenskaps Ac. Handlingar.* vol. III, p. 181.
(3) *Acrel. loc. cit.* p. 198.
(4) *Philosoph. Transact. vol.* XLV, *ann.* 1748, n.° 488, p. 411.
(5) *Lettera chirurgica sopra l'offesa della vista in una donna. Venez.* 1749.
(6) *Philos. Transact.* vol. L. Pars II.
(7) *Abhandl. von der vornehmsten chirurgischen Operationen. Leipzig.* 1756, T. II, k. 32, §. 593, p. 493.

recommande l'application du séton à l'œil même (1), l'ophthalmoxyse et l'apotripse, aussi bien que le procédé de Bidloo dans les taches de la cornée, qu'on peut cependant, assure-t-il, lorsqu'elles sont très-larges et qu'elles ont complètement aboli la vue, soulever à l'aide d'un fil, et exciser, ainsi qu'il l'a vu pratiquer à Taylor; mais quand il y a encore quelque espoir que la vue se rétablisse, on doit s'abstenir de cette opération, dans la crainte de faire naître des cicatrices encore plus incommodes (2). On ne peut douter que Heuermann n'ait pris pour une large tache un staphylome de la cornée que Taylor excisa. Il donne aussi le conseil ridicule de glisser une graine de houblon entre le globe de l'œil et les paupières pour prévenir le symblépharon dans les ulcères de la cornée (3). Il opère l'onyx et l'hypopyon de la même manière que Woolhouse et Mauchart. Selon lui, on doit faire rentrer les staphylomes récens de l'iris avec une petite tige d'ivoire, et exciser ceux qui sont anciens sans pratiquer de ligature. Lorsque le staphylome total de la cornée est mou et récent, on peut le guérir par le remboîtement de Woolhouse; mais s'il est dur et ancien, il conseille de l'ouvrir avec une lancette pointue, probablement pour faire sortir la prétendue matière contenue dans la tumeur, ou, quand cette dernière est très-volumineuse, de la saisir avec deux doigts, et de l'exciser avec des ciseaux. Une méthode bien préférable encore, dans les staphylomes fort considérables, douloureux, et qui ont de la tendance à dégénérer en cancers, consiste à les ouvrir inférieurement avec une lancette, à introduire des ciseaux dans l'ouverture, et à exciser ensuite toute

(1) *Loc. cit.* k. 26, §. 528, p. 394.
(2) *Loc. cit.* p. 453.
(3) *Loc. cit.* p. 468.

la tumeur, en ayant soin d'enlever aussi une portion de la sclérotique. Mais Heuermann rejette le conseil donné par Woolhouse de pratiquer une large incision cruciale et de vider l'œil, parce qu'il est impossible, en suivant ce procédé, de conserver jusqu'à un certain point à l'organe sa forme naturelle (1). Lorsque l'humeur aqueuse est seule malade, il exécute la paracentèse de l'œil en plongeant une lancette dans la cornée transparente ; mais quand le corps vitré participe à l'affection, il enfonce un trois-quarts à travers la sclérotique, et place une tente de charpie dans l'ouverture (2). Ses procédés pour opérer le ptérygion, l'ankyloblépharon et le symblépharon, n'offrent rien de nouveau ; seulement il conseille, après avoir détruit les adhérences, dans la troisième de ces affections, de glisser une mince pellicule sous la paupière, pour les empêcher de renaître (3). Il ne dit non plus presque rien de nou-veau sur les autres opérations, si ce n'est que dans une blépharoptose causée par la paralysie du muscle releveur propre de la paupière supérieure, il conseille de ne pas se contenter d'exciser un lambeau de la peau, mais d'enlever aussi une portion de l'épaisseur entière de la paupière, après l'avoir embrassée et saisie dans les mors d'une pince (4). Il rejette toute espèce d'opération dans la lagophthalmie, parce qu'elle ne servirait à rien. Il prétend aussi qu'on ne peut jamais extirper les tumeurs enkystées des paupières ; qu'il faut par conséquent se borner à les ouvrir en travers, donner issue à la matière qu'elles renferment, et faire suppurer le kyste en le cautérisant et le scarifiant (5).

(1) *Loc. cit.* p. 511.
(2) *Loc. cit.* p. 527.
(3) *Loc. cit.* p. 656.
(4) *Loc. cit.* p. 630.
(5) *Loc. cit.* p. 642.

Sylv. O'Halloran adopta aussi la méthode d'établir la pupille artificielle par la cornée transparente (1). Mais Joseph Warner, qui avait souvent vu faire inutilement cette opération, assura peu de temps après qu'il fallait la proscrire. Ce même praticien extirpait avec succès l'encanthis. Il assure s'être servi avec avantage de la poussière du verre contre les taches peu étendues de la cornée transparente. Lorsque ces taches étaient plus considérables, et qu'elles n'avaient leur siége que dans l'*adnata*, il les enlevait avec un instrument tranchant. Warner pratiqua aussi avec succès l'extirpation de l'œil. Il recommande le bain froid comme un excellent remède contre la blépharoptose, et rejette toute espèce d'opération (2). Guillaume Baumer avait déjà reconnu les avantages de l'électricité contre cette affection (3.)

Benjamin Gooch extirpa un œil entièrement cancéreux, mais encore mobile, après avoir passé autour de la tumeur, dans l'endroit où la pression des paupières y avait fait naître un enfoncement, une ligature étroite garnie de quatre bouts, qu'il fit tenir par des aides : il sépara d'abord l'œil de la paupière inférieure, puis coupa les parties dans la profondeur de l'orbite, et agit ensuite de même pour la portion supérieure; après l'opération, il remplit l'orbite de charpie, et à l'aide tant des sétons que des cautères, il conserva pendant plusieurs années la santé de son malade (4).

Il parut vers ce temps un livre, attribué à Du Verget, dont l'auteur donne le conseil impraticable de diviser le muscle orbiculaire horizontalement,

(1) *A new treatise on the glaucoma or cataract. Dublin*, 1750.
(2) *A Description of the human eye. London*, 1773.
(3) *In Act. Mogunt. Erford.* 1757.
(4) *Cases and practical remarks in surgery. Norwich*, 1767, vol. II, p. 273. 279.

et le releveur propre perpendiculairement, dans toutes les opérations qui se pratiquent aux paupières (1).

L. F. Deshais-Gendron voulait que l'on cautérisât avec le beurre d'antimoine les tumeurs cancéreuses des paupières lorsqu'elles ne sont pas susceptibles d'être extirpées, qu'on excisât le bord même de ces voiles mobiles dans la trichiase, et qu'on s'abstînt de jamais appliquer aucune ligature sur eux. Il inventa, pour opérer le symblépharon, un couteau chassé par la pression d'un ressort, qui fut peu approuvé. Autant il loue l'ouverture et la section des veines variqueuses de l'œil dans les ophthalmies violentes, autant il se déclare avec véhémence contre l'ophthalmoxyse de Woolhouse. La compression lui paraît un mauvais moyen contre les staphylomes, qu'il espère guérir par l'emploi d'une foule de médicamens doux et inertes. Il cherche à détruire les adhérences de l'iris avec la cornée, en exposant l'œil à des alternatives subites et fréquentes de lumière et d'obscurité. Il incisait l'iris dans l'occlusion de la pupille, d'après le procédé décrit par ses prédécesseurs : on ne trouve non plus presque rien de nouveau dans ce qu'il dit au sujet des autres opérations qui se pratiquent sur l'œil (2).

J. L. Odhelius publia, vers la même époque, quelques observations d'une grande importance pour l'histoire de l'opération de la pupille artificielle. En effet, chez une personne atteinte d'un leucoma presque total, il vit survenir spontanément, au bord supérieur de l'iris, et vis-à-vis la portion saine de la cornée, une ouverture par la-

(1) *Anfangsgruende der Wundarzneykunst. Strasburg*, 1755, *erster Theil.*

(2) Traité des maladies des yeux. Paris, 1772.

quelle le malade distingua parfaitement les objets : d'où il conclut qu'il serait encore avantageux de pratiquer la corétomie dans un lieu quelconque de nécessité, toutes les fois qu'il y aurait occlusion de la pupille, leucoma très-étendu, ou synéchie postérieure (1). Lui-même exécuta par la suite cette opération, qui fut couronnée de succès, chez un sujet dont la pupille était oblitérée par une production contre nature : il ouvrit la cornée, comme pour faire l'extraction d'une cataracte, et fendit l'iris depuis la pupille jusqu'au ligament ciliaire; de cette manière il produisit une ouverture triangulaire, dont le sommet était tourné vers la grande circonférence de la membrane, et à travers laquelle le malade put voir parfaitement (2). Mais Odhelius rejette les opérations du leucoma, du ptérygion et du staphylome, parce qu'elles laissent toujours à leur suite des cicatrices pires que la maladie elle-même. Il vaut beaucoup mieux, dit-il, se servir du collyre dont il avait le secret, pour guérir ces difformités (3). Cependant, un peu plus tard, instruit par l'expérience des autres, il se décida sans peine à fendre à demi la base du staphylome avec le couteau de la Faye, et à exciser, au moyen des ciseaux, toute la partie du segment supérieur de l'incision qui faisait saillie hors des paupières : il appliquait ensuite du beurre d'antimoine ou d'autres substances analogues, sur les bords accolés de la plaie (4).

(1) Dans les *Schwed. Abhandlung.* Th. XXIV. — *Richter's chir. Biblioth.* Th. I, n.º 4, p. 80.

(2) *Ibid.* Th. XXXIV. — *Richter's chir. Bibl.* Th. IV, n.º 1, p. 192.

(3) *Pæmminelser vid det brukelige Sættat boga Ogats Sjukdomar.* Stockholm, 1772. — *Richter's, chir. Bibl.* Th. II, n.º 2, p. 176.

(4) *Abhand. der Schwed. Akademie der Wissenschaften.* Th. XII. — *Richter's chir. Bibl.* Th. XII, p. 353.

Jusqu'ici la corétomie n'avait été pratiquée que d'après la méthode de Chéselden, tout au plus modifiée légèrement. P. Guérin et J. Janin furent les premiers qui s'attachèrent à la perfectionner. Le premier, pour empêcher la nouvelle pupille de se refermer, fendait l'iris en croix, et coupait ensuite les angles de l'incision avec des ciseaux : il savait aussi avec quelle facilité cette membrane se détache du ligament ciliaire (1). Janin avait également observé que la nouvelle pupille se refermait toutes les fois qu'il pratiquait l'opération, tandis que quand il venait à blesser accidentellement l'iris avec les ciseaux, en agrandissant l'ouverture trop étroite faite à la cornée, la plaie restait béante. Il expliquait cette différence, en disant que, dans la méthode de Chéselden, les fibres rayonnantes de l'iris étaient seulement écartées, au lieu que, dans les lésions accidentelles, elles étaient au contraire réellement coupées. C'est pourquoi il modifia l'opération; après avoir largement ouvert la cornée transparente avec le couteau de Wenzel, il soulevait le lambeau avec une spatule, introduisait des ciseaux courbes et pointus dont il plongeait l'une des lames dans l'iris, à une ligne de distance du bord inférieur de la cornée, dans la direction de dehors en dedans, afin de couper perpendiculairement la membrane à côté de l'ancienne pupille. L'antagonisme des fibres rayonnées et des fibres circulaires étant ainsi détruit, la pupille demeure toujours ouverte et immobile; mais il faut la pratiquer dans l'angle interne, autrement le malade louche.

Janin observa néanmoins déjà que, dans beaucoup de cas, et surtout dans la cataracte compliquée de synéchie postérieure, il est souvent meilleur

(1) Guérin, Traité sur les Maladies des yeux, Lyon, 1769.

d'exciser une partie de l'iris avec des ciseaux. En général, dit-il, le crystallin lui-même est toujours malade dans l'occlusion de la pupille, et on est obligé de l'extraire, ce qui se fait facilement lorsqu'on suit sa méthode. Il pratiqua même cette opération dans un cas où le crystallin avait acquis la dureté de la pierre, et où sa capsule adhérait de toutes parts à l'iris; mais il trouva que la nouvelle pupille était trop large, de sorte que le malade ne pouvait supporter l'éclat de la lumière. On a de la peine à le croire quand il dit avoir fait l'opération suivante sur un œil staphylomateux et atteint en même temps d'une cataracte capsulaire et crystalline; après avoir remédié à la difformité de la conjonctive par l'ablation des lamelles, incisé les vaisseaux variqueux, et enlevé le crystallin par portions avec une curette, il coupa enfin avec des ciseaux une portion de l'iris et de la capsule, et le malade recouvra complètement la vue.

A la vérité il conseille encore, dans l'atonie de la peau de la paupière supérieure, l'ablation d'un lambeau de tégumens, qu'il veut toutefois qu'on fasse plus large du côté de l'angle externe que du côté de l'interne; mais il rejette la suture après l'opération, et il se contente d'appliquer des emplâtres agglutinatifs. Il propose le même procédé contre l'entropion, malgré qu'il préférât ici la suture pour rapprocher les lèvres de la plaie. Il lui semblait aussi qu'on pouvait se borner à pincer la peau pour guérir la maladie, lorsque des circonstances particulières ne permettaient pas de l'exciser. L'ectropion, pensait-il, est toujours de nature inflammatoire, et accompagné du gonflement des bords des paupières: abandonné à lui-même, il dégénère en squirrhe; c'est pourquoi il faut l'exciser, en ayant bien soin de ménager le cartilage tarse.

Aucune opération, nul moyen ne lui paraissait comparable, contre toutes les espèces de staphylome, et même contre celui de la sclérotique, qu'il représente avec raison comme une simple varicosité, à l'application réitérée du beurre d'antimoine, qu'il recommande d'une manière spéciale, bien qu'il ait vu aussi une procidence de l'iris rentrer fort bien après l'incision de la tumeur. Il prétend également qu'on peut éviter souvent l'opération de l'ectropion, en favorisant la résorption du pus par des lotions fréquentes avec la décoction de mauve. Cette opération présente au reste de grandes difficultés, parce qu'on ne parvient qu'avec beaucoup de peine à faire sortir le pus, et que les injections sont trop irritantes.

J. F. Weissenborn ne tarda pas à examiner la méthode de Janin pour la corétomie et la corectomie, et les expériences qu'il fit sur les animaux vinrent à l'appui des assertions de l'oculiste français (2). Mais le succès obtenu à la même époque par Bouillard (1) montra que ce dernier avait eu tort en déclarant l'opération inutile dans le cas d'hypopyon.

Pour guérir une hydrophthalmie, Marchan ouvrit la cornée, enfonça un bistouri étroit à travers l'uvée, et déchira les cellules du corps vitré : ce dernier sortit en partie avec le crystallin, et l'œil revint à ses dimensions ordinaires. Dans un autre cas, au contraire, l'organe s'affaissa tellement après l'opération, qu'on fut obligé d'appliquer un œil artificiel pour faire disparaître la difformité (3). Marchan opéra, d'après la méthode ordinaire, une agophthalmie causée par un abcès à la paupière upérieure, et saisit cette occasion pour réfuter

(1) *Dissertatio de pupillâ nimis coarctatâ vel clausâ.* *Erford.* 1773.
(2) Dans Hautesierk, Recueil d'Observations, T. II. Paris, 1772.
(3) Journal de Médecine, par Leroux, T. XXXII.

Deshaies-Gendron et André, qui avaient déclaré l'opération inutile. Voulant ensuite maintenir les lèvres de la plaie écartées, il colla sur l'inférieure plusieurs bandelettes agglutinatives, que le malade devait tirer de temps en temps (1). White rapporte deux observations d'une procidence de l'œil, dont la guérison fut prompte et facile (2); et Précourt détacha avec succès un ptérygion, comme aussi il parvint à faire disparaître des tubercules de la cornée transparente, en les touchant avec la pierre infernale et usant ensuite d'un collyre préparé avec le blanc d'œuf battu et le vitriol blanc (3). Ed. Linz ayant vu périr un malade qu'il avait voulu délivrer d'une excroissance charnue à l'œil, apprit ainsi que l'opération n'est pas toujours sans danger dans ce cas (4).

Nous devons à Bordenave un bon traité sur l'ectropion. Cet écrivain enseigne qu'avant d'entreprendre le traitement de la maladie, on doit s'enquérir avec soin des causes qui l'ont produite, et qu'il ne faut pas opérer de la même manière dans tous les cas indistinctement. Si la maladie dépend de la tuméfaction de la conjonctive, le danger de léser l'œil s'oppose à ce qu'on ait recours aux caustiques pour l'attaquer; mais on la scarifie, ou bien on l'extirpe. L'ectropion des vieillards est rarement susceptible de guérison, et l'incision sémi-circulaire des tégumens ne suffit que chez un bien petit nombre de sujets : on doit constamment exciser aussi toute la portion saillante de la conjonctive (5), procédé qui néanmoins n'est point nouveau, comme

(1) *Ibid.* T. XXXIX.
(2) *Cases of Surgery. London*, 1770.
(3) Journal de Méd. T. XXXII.
(4) *De morbis oculorum externis. Viennæ*, 1771.
(5) Mém. de l'Acad. de Chirurg. vol. V, p. 97.

le fait observer Richter (1). Louis approuvait beaucoup la méthode de Bordenave : néanmoins il conseillait de ne pas trop s'empresser de recourir à l'opération, et d'essayer d'abord des moyens plus doux, entre autres l'ophthalmoxyse de Woolhouse, presque entièrement tombée alors dans l'oubli (1). Cet habile chirurgien démontra encore une fois combien peu l'ecpiesme ou la procidence de l'œil à la suite d'une violence extérieure autorise à extirper l'organe, puisque l'inspection anatomique des parties et l'expérience apprennent qu'il est capable de supporter un tiraillement considérable sans que la faculté de voir soit abolie. Mais l'exophthalmie proprement dite, celle qui dépend de la présence d'une tumeur, peut rendre l'opération nécessaire, quand cette tumeur n'est pas située de manière qu'il soit impossible de l'atteindre sans blesser l'œil. Louis pense qu'il est nécessaire, dans l'hydrophthalmie, d'inciser le bord inférieur de la cornée, comme Bidloo le conseillait; mais il blâme la méthode d'ouvrir la chambre postérieure, parce qu'il peut arriver que le corps vitré ne soit point encore malade. Il condamne aussi l'emploi du trois-quarts et de la plaque de plomb, proposés par Nuck, ainsi que l'excision d'une partie des membranes, dont Saint-Yves avait donné le précepte. Les excroissances fongueuses de l'œil ne rendent pas non plus l'extirpation indispensable : la plupart du temps on peut les détruire par l'instrument tranchant, la ligature ou les cathérétiques; l'extirpation n'est absolument nécessaire que quand ces excroissances ont pris un caractère cancéreux. Tous les instrumens particuliers qu'on a proposés pour cette opération sont inutiles : il

(1) *Richter's Chir. Bibl.* T. III, n.° 1, p. 13.
(2) Mém. de l'Acad. de Chirur. *ibid.* p. 110.

suffit, comme Hoin le père le faisait, de couper circulairement les muscles et la conjonctive avec un bistouri droit, et de glisser ensuite des ciseaux mousses, fortement courbés sur leur plat, dans l'endroit le plus propre pour couper le nerf : une fois fermés, après la section, ils servent en même-temps de curette pour expulser les parties qu'on a détachées. On doit avoir le plus grand soin d'enlever la glande lacrymale et toutes les graisses qui paraissent le moins du monde malades (1).

Auguste-Théophile Richter, presque exclusivement occupé, dans l'origine, de l'opération de la cataracte, glissa d'abord sur les autres sans en presque rien dire. Cependant il fit dès-lors remarquer combien il est nécessaire d'exciser les procidences du corps vitré après l'opération par extraction, car la cornée se resserre autour de leur base, qu'elle étrangle et réduit à un mince pédicule. Il était persuadé aussi de l'innocuité des plaies de l'iris, et recommandait dans les cas de procidence de cette membrane à travers une plaie de la cornée, aussitôt après avoir combattu les accidens inflammatoires, d'exposer soudainement l'œil à une forte lumière, et d'exercer une légère pression sur les paupières, moyens qui ne parviennent cependant pas toujours à procurer la réduction de la tumeur (2). Bientôt il s'occupa spécialement du staphylome, et fit voir que celui qui attaque la cornée toute entière ne dépend pas de l'alongement de cette membrane, mais d'une véritable augmentation de l'épaisseur de ses parois, accompagnée presque toujours de synéchie antérieure, comme il s'attacha plus tard à le démontrer. La compres-

(1) *Ibid.* p. 161.
(2) *Von der Ausziehung des grauen Staars.* Gœttingen, 1773, *in-8.°*

sion et l'incision ne font rien dans ce cas, parce qu'elles sont insuffisantes pour diminuer le volume des parties ; mais il faut établir des ulcères artificiels sur la cornée elle-même au moyen de la pierre infernale ou du beurre d'antimoine (1) Richter ne croyait pas beaucoup à l'existence des staphylomes partiels, et pensait que la plupart du temps les affections qu'on désigne sous ce nom, sont simplement des excroissances variqueuses de la cornée transparente, qu'on peut exciser, et dont on doit toucher le fond avec la pierre infernale, à cause de la facilité avec laquelle elles repullulent. Lorsqu'un véritable staphylome de cette espèce se présente, il faut le comprendre dans une ligature médiocrement serrée, et l'exciser au bout de quelques jours ; mais jamais on ne doit pratiquer l'ablation de la tumeur quand elle a une large base, parce qu'il en résulterait une trop grande plaie, qui ne se fermerait pas, et qui entraînerait la perte de l'œil entier. Lorsque le staphylome est fort considérable, le meilleur parti à prendre est d'y faire une incision cruciale, de donner issue aux humeurs, et d'appliquer ensuite un œil artificiel. Quant aux staphylomes de la sclérotique, ils ne tiennent certainement point à une extension réelle de la membrane ; mais ils dépendent d'un vice interne fort important, au sujet duquel l'auteur ne s'explique pas davantage (2).

Richter démontra aussi que le ptérygion n'est pas produit par la membrane nictitante, non plus que par la caroncule lacrymale, comme on le croyait encore assez généralement de son temps, mais que c'est le résultat d'une altération morbide de l'*ad-*

(1) *Nov. Comment. Soc. Gotting.* T. VI, p. 776.

(2) *Anfangsgruende der Wundarzneykunde, Th. III.* Gœttingen, 1790, c. 6, p. 153.

nata, qui, naissant sur la cornée transparente, s'étend quelquefois jusque sur la sclérotique. Les meilleurs moyens qu'on puisse lui opposer sont le borax et les exutoires sur l'œil même (1) : d'où l'on serait porté à croire que Richter ne distinguait pas très-bien le pannus du ptérygion. Plus tard encore il soutint que ces deux affections sont des métamorphoses à peu près analogues de la conjonctive, ou des membranes de nouvelle formation, et qu'avec le temps, la cornée elle-même finit par participer à l'altération. Si cette dernière membrane est encore saine, on soulève la tumeur avec des pinces, et on l'excise; mais quand elle adhère fortement, il vaut mieux en laisser subsister quelques lambeaux. On peut encore cerner l'excroissance par une incision circulaire qui en détermine la mortification et l'exsiccation. Il faut l'extirper lorsqu'elle est rouge, inflammatoire, douloureuse, et étendue sur toute la surface de l'œil (2). Pour établir sur cet organe un exutoire, que Richter recommandait également contre les taches étendues de la cornée, il pratiquait une incision cruciale superficielle, dans laquelle il insinuait un petit grain de pierre infernale (3). Lorsqu'on présume qu'une tache est causée par la stagnation d'une humeur, on doit y enfoncer la pointe d'une aiguille à cataracte (4).

Plus tard, Richter rangea, sous le nom collectif d'hypopyon, diverses collections purulentes dans l'œil, qu'il distingua au reste fort exactement les unes des autres, comme l'érosion et la suppuration de la conjonctive, qui exigent des dessicatifs; les phlyctènes de la cornée, qu'il faut abandonner à

(1) *Nov. Comment. Soc. Gotting.* T. VIII.
(2) *Anfangsgrunde der Wundarzneykunde*, T. III, c. 5, p. 140.
(3) *Observ. Chirurg. fasc.* III, p. 18.
(4) *Anfangsgruende der Wundarzneykunde*, T. III, c. 4. p. 117.

elles-mêmes et bien se garder d'ouvrir ; les amas de pus entre la cornée et la conjonctive, qu'on traite avec la décoction de mauve de Janin, ou qu'on ouvre lorsque ce moyen demeure sans effet, et qu'on vide en appuyant le bouton d'une sonde sur les parois du foyer ; l'onyx ou les collections purulentes entre les lames de la cornée, qui se frayent rarement une voie au-dedans, mais qui, presque toujours, se dessèchent et produisent des taches permanentes sur le miroir de l'œil : il faut se hâter de plonger un couteau à cataracte dans le foyer, pratiquer une large ouverture à ce dernier, enfoncer l'instrument jusque dans la chambre antérieure, et faire une incision cruciale lorsque le pus refuse de couler. Richter doute avec raison de l'efficacité de la décoction de mauve contre l'hypopyon de la chambre antérieure, et pense que quand Janin le trouva utile, il eut affaire à des phlyctènes, dont l'emploi de cette liqueur provoqua l'ouverture à l'extérieur. Le seul moyen dont on retire de l'utilité en pareil cas, consiste à exciser la cornée dans un tiers de son étendue, comme pour faire l'extraction du crystallin : cette opération donne lieu à l'écoulement de l'humeur aqueuse, qui entraîne le pus avec elle, sans qu'il soit nécessaire d'en attendre l'absorption ou de recourir à des injections (1).

Richter rejette complètement l'emploi du trois-quarts dans l'hydrophthalmie, malgré qu'il croie fort utile quelquefois de passer un petit séton au travers de l'œil. D'ailleurs il veut qu'on donne issue à la sérosité par une incision faite à la cornée, et que, si le corps vitré se trouve malade, on en

(1) *Ibid.* T. III, c. 2, p. 204.

fasse, par une légère pression, sortir une partie avec le crystallin (1).

Il ne faut se hâter d'extirper l'œil que dans les cas où il est cancéreux ; mais alors l'opération ne doit point être différée : elle n'exige ni un bistouri courbé sur son plat, ni même des ciseaux ; la commissure externe doit toujours être fendue d'un demi-pouce ou d'un pouce entier ; on passe un fil au travers de l'œil pour le maintenir, on le détache en dernier lieu de la paupière inférieure, et l'on a soin d'enlever la glande lacrymale toute entière.

Richter s'était déjà montré de bonne heure partisan de la corétomie suivant la méthode de Chéselden : seulement il croyait aussi que le chirurgien anglais opérait dans la chambre postérieure, et il conseilla, comme amendement nécessaire, d'agir par l'antérieure. On doit toujours, enseignait-il, établir la nouvelle pupille au milieu de l'œil, excepté dans le cas où l'on y a recours pour un large leucoma, car il faut alors la pratiquer derrière la portion encore transparente de la cornée. Quant à la plaie de cette dernière, on lui donne le moins d'étendue possible, parce que l'humeur aqueuse se reproduit bientôt et agrandit l'incision faite à l'iris (2). Plus tard, Richter ne conseilla plus la corétomie que quand l'iris est fortement tendue ; dans le cas contraire, ou lorsqu'il existait en même temps une cataracte capsulaire, avec synéchie postérieure, il préférait la corectomie de Guérin ou de Wenzel, sur laquelle nous ne tarderons pas à revenir, et recommandait de faire l'extraction du crystallin (3).

(1) *Ibid.* T. III, c. 11, p. 393.
(2) *Ibid.* T. III, c. 12, 13, p. 406.
(3) *Chirurgische Bibliothek*, *Th.* I. n.° 4, p. 81. (1771.) -- *Obs. Chirurg. fasc.* I. p. 83.
(4) *Anfangsgruende der Wundarzneykunde*, T. III, c. 9, p. 370.

Richter ne voulait pas qu'on se servît de la sonde cannelée pour opérer l'ankyloblépharon : il n'employait qu'un bistouri boutonné. Quant au symblépharon, il prétendait qu'on doit le respecter, parce qu'après l'opération la cornée devient opaque, et que les parties ne tardent même pas à se réunir, à cause de l'impossibilité de faire supporter au malade aucun corps étranger interposé entre elles. On ne doit essayer de rompre les adhérences que quand elles ont peu d'étendue, et qu'elles sont peu nombreuses.

Lorsque l'ectropion dépend du raccourcissement de la peau, et que celle-ci n'a pas perdu trop de sa longueur, on parvient quelquefois à rétablir la paupière dans la situation convenable, par l'emploi des bandelettes agglutinatives et des émolliens. Si l'on n'y réussit pas, il faut, après avoir relevé un pli longitudinal, pratiquer une incision transversale, dans la direction du bord de la paupière, et appliquer ensuite l'emplâtre agglutinatif à la partie supérieure. Mais quand la difformité dépend du boursoufflement de la conjonctive, on excise un lambeau demi-circulaire de cette membrane avec des ciseaux.

Tout échoue contre la distichiase et la trichiase, si ce n'est l'arrachement des cils, suivi de la cautérisation de la partie entière. Si l'entropion reconnaît pour cause le renversement du tarse en dedans, on fait une incision transversale à ce cartilage; lorsqu'au contraire il tient à la paralysie du muscle releveur propre de la paupière supérieure, on met en usage les caustiques et le fer ardent. Dans la blépharoptose par atonie de la peau, on enlève un lambeau des tégumens après y avoir fait un pli qu'on saisit avec une pince ou entre les doigts, et on pratique ensuite quelques points de suture.

On ne doit jamais chercher à enlever les tumeurs

enkystées par la face interne des paupières; mais, quand elles sont situées profondément, il ne faut pas balancer à inciser la couche musculaire : on ne doit jamais non plus songer à extirper la tumeur dans son entier, mais on commence par l'ouvrir et la vider, après quoi on la dissèque peu-à-peu en la saisissant avec des pinces (1).

Richter avait rejeté l'opération dans l'hydrophthalmie et le staphylome. Terras la pratiqua cependant chez un enfant atteint de ces deux maladies. Après avoir fait envain plusieurs ponctions successives, il passa, à l'aide d'une aiguille courbe, un fil au travers de la cornée dégénérée, enleva presqu'entièrement cette membrane par une incision circulaire, et donna issue à l'humeur aqueuse. Le lendemain, une membrane brune couvrait la nouvelle plaie, de sorte que l'œil avait encore augmenté beaucoup de volume. Terras perça cette membrane, et appliqua ensuite un cataplasme de feuilles de belladone. L'œil suppura et la guérison fut parfaite (2). Michaëlis vit, au contraire, le chirurgien anglais Else employer sans succès la méthode de Mauchart, contre cette difformité (3).

Dans un cas de tuméfaction de l'œil présentant un mauvais aspect, et survenue à la suite de la petite-vérole, A. F. Vogel incisa vainement deux fois la cornée : il se vit enfin forcé d'extirper l'œil. Quoiqu'il eût coupé le nerf immédiatement à sa sortie du trou optique, cependant le malade étant venu à mourir par l'effet d'une autre cause, on trouva la cavité orbitaire remplie de végétations fongueuses pullulées depuis peu (4).

(1) *Ibid.* T. III, c. 13. 15, p. 468. 508.
(2) Journal de Médecine, T. XLV. 1776.
(3) *Richter's chirurgische Bibliothek*, T. V, n.° 1, p. 128.
(4) *Vogel's chirurgische Wahrnehmungen. Erste Sammlung, Luebeck*, 1778.

L'ouvrage de G. Chandler n'est guères qu'une compilation sans goût, et un tissu de raisonnemens sans critique. L'auteur vante sa teinture de *Marum Syriacum*, de savon et de camphre, contre la blépharoptose, et paraît croire l'opération inutile. Il veut que, dans la lagophthalmie, on glisse sous la paupière une plaque mince de corne ou de plomb couverte d'un morceau de vessie et enduite de graisse, qu'on se serve de cette plaque comme d'un point d'appui pour fendre la peau et la graisse en un ou plusieurs temps, et qu'on tienne les lèvres de la plaie écartées au moyen de bandelettes agglutinatives. On doit également, lorsqu'on excise les fongosités de la conjonctive qui occasionnent l'ectropion, couvrir l'œil d'un morceau de vessie ou d'onguent de tuthie. Le staphylome cède à la compression exercée avec une plaque de plomb, un bourdonnet de charpie, ou d'autres objets analogues. Chandler semble avoir bien compris Chéselden, pour ce qui concerne la corétomie, car il dit que ce praticien pénétrait dans la chambre antérieure, en passant entre le ligament ciliaire et l'iris ; mais il donne le conseil assez singulier de pratiquer toujours la pupille artificielle au-dessous ou mieux au-dessus de la naturelle, lorsqu'il y a en même temps une cataracte (1). Dans le restant de son livre il copie Saint-Yves, Heister et autres, sans même le faire toujours avec exactitude.

J. Ware qui rejetait avec raison l'ophthalmoxyse, d'après Richter (2), pensait que la trichiase de la paupière supérieure tient toujours à la paralysie de son releveur propre, et qu'en conséquence il faut chercher à irriter et fortifier ce muscle ; aussi

(1) *Abhandlung ueber die Krankheiten des Auges. Aus dem Englischen. Leipzig*, 1782.

(2) *Chirurgische Bibliothek*, Th. VI, n.° 1, p. 21.

ne craignit-il pas, dans une occasion, de le mettre à nu et de le toucher à plusieurs reprises avec un fer très-chaud, ce qui guérit le malade. Quant à la trichiase de la paupière inférieure, elle dépend, suivant lui, soit de l'atonie de la peau, soit du renversement du cartilage tarse, de sorte qu'il faut ou exciser la première, ou fendre le second (1). Quelques années ensuite il observa que la cataracte est souvent compliquée d'entropion, et qu'on doit commencer alors par opérer ce dernier d'après la méthode ordinaire. Il reconnut aussi que l'entropion n'est pas rare à la suite de l'extraction de la cataracte, et qu'on doit se hâter de l'opérer (2). Mais long-temps avant lui déjà, M. F. Alix avait guéri une affection de ce genre, en se contentant d'arracher plusieurs fois de suite les cils (3).

Chr. L. Mursinna retira de grands avantages du muriate d'antimoine recommandé par Janin ; néanmoins il fut obligé de l'appliquer douze fois avant d'en apercevoir les effets, chez un malade atteint de procidence de l'iris à la suite de l'extraction d'une cataracte (4).

J. Mohrenheim extirpa un œil cancéreux d'après la méthode ordinaire ; mais il vit survenir des convulsions violentes pendant la section du nerf optique, et le malade n'ayant pas tardé à périr, on trouva le cordon nerveux adhérent au trou optique et spongieux : l'altération s'étendait jusqu'au corps strié. Ce cas rappelle celui qu'Acrel observa. Jeze avait vanté l'huile de lin contre les taches de la cornée (5). Mohrenheim les combattait par l'ad-

(1) *Remarks on the ophthalmy. London*, 1780. *case* 11, p. 62.
(2) *Inquiry on the cataract. London*, 1795.
(3) *Observ. chirurg. fasc.* II, *Altenburg*. 1776.
(4) *Medizinisch-chirurgische Beobachtungen*, 1782. *Erste Sammlung.*
(5) Journal de médecine, vol. LIX, p. 783.

ministration de *l'Anemone pratensis* (*Pulsatilla nigra*) à l'intérieur. Il voulut essayer de guérir un staphylome, en l'ouvrant souvent et laissant échapper l'humeur aqueuse; mais voyant toutes ses tentatives inutiles, il excisa une portion de la cornée transparente : la plaie ne tarda pas à se refermer, l'œil reprit ses dimensions ordinaires, et la faculté visuelle ne fut même pas abolie entièrement (1).

F. Mosque observa un cas analogue à celui dont parle Hope, et l'opéra de la même manière : après avoir excisé la portion saillante de l'œil, il repoussa ce dernier dans l'orbite au moyen d'un bandage élastique en acier, et le malade conserva l'usage de la vue (2).

Nous devons à Pellier du Quengsy de bonnes observations sur les procidences des parties internes de l'œil. Dans la procidence de la membrane de l'humeur aqueuse, facile à reconnaître par sa pellucidité, et parce que la pupille a conservé sa forme, il ouvrait la tumeur, ou bien il l'excisait complètement. Ayant rencontré un prolapsus de l'iris, il le fit rentrer après avoir dilaté la plaie de la cornée : un autre rentra de lui-même après avoir été scarifié dans le sens de ses fibres, ce qui donna lieu à l'écoulement d'un peu d'humeur aqueuse. Pellier appliqua même une sangsue sur une troisième tumeur de ce genre, qui était fort douloureuse; la saignée locale diminua le gonflement, et fit rentrer les parties. Richter (3) ne craint pas de conseiller cette pratique d'après lui. Il réussit souvent aussi à guérir des staphylomes partiels, ou la hernie des lames internes de la cornée à travers une plaie

(1) *Beobachtungen. Zweyter Band.* 1783.
(2) *Chirurgische Novellen. Wien*, 1783.
(3) *Anfangsgruende der Wundarzneykunde.* T. III, c. 8, p. 365.

faite aux externes, en les ouvrant (1) : néanmoins il y appliquait fréquemment de l'extrait de Saturne ou du beurre d'antimoine. Il était grand partisan de l'ophthalmoxyse dans les ophthalmies violentes, et l'exécutait soit avec la lancette, soit avec de petits ciseaux promenés sur la face interne des paupières.

Pellier pratiqua aussi la corectomie, d'après Janin, avec beaucoup de succès (2); mais quand le milieu de la cornée était opaque, le restant de l'œil jouissant de toute son intégrité, il s'attachait moins à créer une pupille artificielle qu'à agrandir la pupille naturelle. A cette fin, il incisait la cornée, comme pour extraire une cataracte, passait une petite sonde creuse à travers la plaie et la pupille, la faisait parvenir derrière l'iris, en la dirigeant vers l'angle externe de l'œil, et s'en servait comme de guide pour conduire une des lames d'une paire de petits ciseaux courbes, avec lesquels il coupait la membrane en même temps que le ligament ciliaire; il répétait l'opération du côté de l'angle interne, et traitait le malade comme après l'extraction de la cataracte, qu'il recommandait de faire sur-le-champ, si cette seconde maladie existait. On doit éviter de blesser la capsule et le crystallin.

Pellier excisait le ptérygion sans accident; mais, après l'ablation d'un encanthis, il vit survenir une hémorrhagie inquiétante. La décoction de guimauve lui suffit pour guérir une collection purulente dans la chambre antérieure et entre les lames de la cornée : cependant il veut qu'on ait recours à l'opération, si ce moyen ne soulage pas promptement le malade. Il fendait l'ankyloblépharon sur une sonde creuse, et il parvint à guérir, d'après le procédé

(1) Maladies de l'œil, Montpellier, 1783.
(2) *Ibid.* p. 383.

de Bordenave, c'est-à-dire, en excisant un pli de la conjonctive, un ectropion qui s'était manifesté à la suite d'une brûlure, et contre lequel on avait déja employé sans succès l'excision des tégumens.

Chopart et Desault continuèrent de soutenir qu'il est avantageux d'exciser et de cautériser, par la face interne des paupières, les tumeurs enkystées et autres qui font une saillie plus considérable de ce côté qu'à l'extérieur : afin de ne pas léser l'œil lui-même, ils glissaient sous la paupière une feuille d'or, un morceau de cuir mouillé, ou une bandelette de papier imbibé d'huile. Dans l'ectropion compliqué de trachoma, ils voulaient qu'on excisât et qu'on cautérisât ce dernier, puis qu'on pratiquât l'opththalmoxyse avec un épi d'orge. Ils remirent même en honneur l'ancienne méthode de Fabrice de Hilden, pour guérir l'ankyloblépharon; cette méthode consiste à couper peu-à-peu les parties par le moyen d'un fil auquel on suspend un poids. Ils excisaient les varices de la conjonctive après les avoir soulevées en passant un fil dessous. L'excision était aussi le remède qu'ils employaient contre le ptérygion ; mais ils pensaient que quand cette tumeur est cancéreuse, on doit enlever l'œil lui-même, ou se borner à un traitement palliatif. Ils voulaient qu'on incisât la cornée dans l'héméralopie, mais non dans l'hypopyon et l'onyx, qu'ils ne distinguaient point l'un de l'autre, et qu'ils abandonnaient aux seules ressources de la nature, parce que lorsqu'on les ouvre avec l'instrument tranchant, la cicatrice est beaucoup plus visible que quand on permet à l'ouverture de s'établir spontanément. La corectomie est, suivant leur opinion, très-facile à faire, en pratiquant une incision cruciale ou circulaire à l'iris, après avoir fendu la cornée ; mais ils

avaient remarqué aussi que des pupilles contre-nature se forment quelquefois, parce que l'iris vient à se détacher du ligament ciliaire. Lorsque les staphylomes de l'iris sont anciens, on doit bien se garder d'y toucher; mais lorsqu'ils deviennent douloureux, et qu'ils prennent un mauvais aspect, le plus sûr est d'exciser une portion de l'œil. Au reste, Chopart et Desault conseillent, avec raison, l'extirpation de l'œil, non-seulement dans le cas de cancer, mais encore dans l'ecpiesme, l'hydrophthalmie et la buphthalmie, malgré qu'ils proposent cependant aussi la ponction ou l'excision d'une partie de l'œil dans ces dernières affections. Quant à l'opération elle-même, ils l'exécutaient de la manière ordinaire.

Plus tard, Desault jugea inutiles les ciseaux dont on se servait généralement, à l'exemple de Louis, dans l'extirpation de l'œil, et il ne fit plus usage que du bistouri seul. Toujours il avait soin, afin d'opérer plus commodément, de fendre la commissure externe dans l'étendue d'un pouce; ensuite il pratiquait une incision demi-circulaire en bas et en haut; quelquefois il lui arrivait d'enlever les paupières, et même, assure-t-il, les sourcils. Tous les instrumens proposés pour maintenir le bulbe sont, à son avis, inutiles, et les doigts armés d'ongles un peu longs les remplacent avec avantage.

Si, à cette époque, Chopart et Desault contribuèrent peu aux progrès de la médecine oculaire en France, et si Chandler ne l'enrichit non plus d'aucune observation importante en Angleterre, Benjamin Bell contribua fort peu aussi à remplir les vides laissés par ces trois écrivains, et très-souvent même on s'étonne de ne plus trouver ici

en lui la clarté et la justesse du raisonnement qui lui sont ordinaires. Il conseille encore d'extirper les tumeurs enkystées par la face interne des paupières quand on peut y parvenir, d'arracher les cils dans la trichiase, et de coller en dehors ceux qui renaissent ; enfin, de faire une légère incision à la face interne de la paupière inférieure, lorsque la maladie tient à la contraction spasmodique de ces deux voiles. Il rejette l'excision des tégumens dans l'entropion, disant que cette affection ne dépend presque jamais du relâchement de la peau. On parvient quelquefois à faire disparaître le ptérygion et le pannus, lorsqu'ils commencent, en faisant usage de la dissolution de sublimé, ou en coupant avec persévérance les vaisseaux nourriciers; mais on ne doit jamais exciser ces tumeurs, et il faut extirper l'œil, lorsqu'elles prennent un mauvais caractère.

Bell donne le nom de staphylome à toute collection quelconque de fluides. L'hypopyon n'en diffère que parce que le pus, qui le constitue, est renfermé dans un sac particulier, et n'occupe qu'une partie de l'œil, tandis que le staphylome est, au contraire, toujours une maladie de l'œil entier. On ne peut donc rien faire dans cette dernière affection, sinon ouvrir l'œil le plus promptement possible, et le vider. Cependant il existe une espèce de staphylome dans lequel les fluides sont absorbés, et les membranes acquièrent plus d'épaisseur; c'est là le cas de pratiquer l'extirpation. L'hydrophthalmie est un staphylome, mais la congestion n'est produite que par l'humeur aqueuse, et la vue se conserve pendant plus long-temps. On doit par conséquent la traiter de la même manière. Si l'ouverture qu'on a faite se referme de trop bonne heure, on peut plonger un petit trois-quarts applati dans

la sclérotique ; mais il ne faut jamais laisser la canule en place, ni passer un séton. Lorsque les taches de la cornée sont un peu saillantes, on les enlève avec la lancette : les petites doivent être cautérisées.

Bell a tracé de très-bonnes règles relativement à la manière de faire rentrer la procidence de l'œil et d'extirper la glande lacrymale ou une tumeur située dans le fond de l'orbite, en ménageant le bulbe, afin de conserver la faculté visuelle. A l'égard de l'extirpation de l'organe, pour la pratiquer, il faisait écarter les paupières l'une de l'autre avec des crochets plats, passait un fil au travers du bulbe, isolait peu à peu ce dernier avec un bistouri droit, et remplissait ensuite l'orbite de charpie (1).

Dussaussoy eut recours à l'extirpation de l'œil pour un énorme staphylome total et douloureux de la cornée transparente. Fischer, qui rapporte cette observation, trouva, en examinant l'organe, toutes les parties internes tellement saines, qu'on aurait pu se borner à enlever le staphylome, ce qui aurait épargné au malade des douleurs et le désagrément d'une difformité (2).

On prévoit sans peine que, dans son apologie des ciseaux, le baron Percy n'oublia pas de mentionner les services qu'ils rendent à la médecine oculaire. Il les vante principalement dans l'opération de l'ankyloblépharon et dans celle de l'ectropion (3).

P. Camper a évidemment mal compris les anciens, puisqu'il rapporte à l'hydrophthalmie tout ce qu'ils disent du staphylome, maladie dont il ne

(1) *Bell System., of surgery* T. III.
(2) *Richter's chirurgische Bibliothek*, T. III, 1785, n.° 1, p. 76.
(3) Mémoire sur les ciseaux, Paris, 1785.

connaissait point du tout non plus la nature. Comme il appliquait au traitement de l'hydropisie de l'œil les méthodes conseillées pour la guérison du staphylome, il a dû nécessairement en voir résulter de très-mauvais effets, et, par cette raison, les rejeter. Il veut qu'au lieu de les employer, on passe au travers de la chambre antérieure un séton qui détermine l'inflammation et la suppuration, et qui, donnant lieu enfin à l'adhérence de l'iris avec la cornée transparente, fait disparaître l'espace qu'il regardait comme le siége de l'hydrophthalmie aussi bien que du staphylome. Ainsi pour guérir un prétendu staphylome, il en faisait naître un réel. (1)

Le baron Wenzel imagina vers cette époque une nouvelle méthode de pratiquer la corectomie. Il enfonçait son couteau à cataracte dans la cornée, de la même manière que quand on veut extraire le crystallin, et la pointe de l'instrument étant arrivée auprès de la pupille fermée, il le plongeait dans l'iris, le glissait trois-quarts de ligne derrière cette membrane, puis le faisait ressortir en avant, et terminait alors la section de la cornée. De cette manière, il faisait à l'iris une incision demi-circulaire, semblable, mais en petit, à celle de la cornée transparente, excisait le lambeau avec des ciseaux, et produisait ainsi une pupille à peu près ronde, au travers de laquelle on pouvait extraire une cataracte, s'il en existait une, comme lui-même eut l'occasion de le faire une fois. Mais Wenzel pense, et avec fondement, que le parti le plus sage est d'enlever toujours le crystallin lors de l'opération, parce qu'il lui arrive fréquemment de perdre sa transparence au bout d'un certain laps

(1) Histoire de la Société Roy. de méd. ann. 1784. 85. Paris. 1788. Mémoires, p. 146.

de temps. Cette méthode convient aussi lorsqu'il y a une cataracte capsulaire avec synéchie postérieure; naturellement alors on excise une portion de la capsule avec l'iris. Wenzel avait remarqué, en outre, que l'iris se détache quelquefois du ligament ciliaire dans l'opération de la cataracte par extraction : cet accident survint chez un de ses malades aussitôt après que la section de la cornée fut opérée; le crystallin s'échappa par l'ouverture avec une partie du corps vitré; la pupille naturelle se ferma dans la suite, et l'opéré voyait très-bien par l'ouverture accidentelle qui s'était conservée. Cette observation, jointe à quelques autres, qu'on trouve dans les écrivains antérieurs à Wenzel, est certainement d'un haut intérêt pour l'histoire de la corédialyse.

Wenzel conseille d'abandonner toujours à eux-mêmes les prolapsus du corps vitré et de l'iris, parce que l'application du beurre d'antimoine entraîne souvent des suites fâcheuses. La compression est nuisible aussi; l'excision mérite la préférence, mais il faut en général la répéter plusieurs fois de suite, parce qu'il se présente sans cesse de nouvelles parties au dehors (1).

Gleize rejeta également le beurre d'antimoine dans le staphylôme. Il blâma aussi, et avec bien plus de fondement encore, l'application des sangsues sur les procidences de l'iris, que Pellier avait préconisée. Un prolapsus de la membrane de l'humeur aqueuse rentra sur le champ, dès qu'il le saisit avec des pinces (2). L'opération ordinaire de la lagophthalmie lui paraît inutile, parce que nul moyen ne peut maintenir les bords de l'incision écartés, et que la nouvelle cicatrice ne fait que di-

(1) Wenzel, Traité de la cataracte. Paris, 1786.
(2) Journal de médecine, par Leroux, vol. LXXXI.

minuer encore davantage l'étendue de la peau. Il excisa heureusement un encanthis volumineux, après avoir passé un fil au travers. Il conseillait contre les taches de la cornée un mélange d'émétique, d'aloës, de sucre, de tuthie et de baume du Commandeur dans l'eau (1). Ford essaya le séton à l'œil dans une hydrophthalmie qui avait aboli la faculté visuelle sans retour ; il enfonça dans l'organe une aiguille à séton armée de six brins de soie blanche, trempés dans l'eau de Goulard, et qu'il laissa en place pendant quinze jours. Ayant extirpé un œil tuméfié et en suppuration par l'effet d'une cause interne, et le malade étant venu à périr, il trouva, en examinant le corps, que le mal s'étendait jusque dans l'intérieur de la couche optique (2).

C. J. Jæger parvint à détruire une loupe de la paupière supérieure en y appliquant tous les jours une boulette d'emplâtre épispastique ; le malade n'avait pas voulu se soumettre à l'opération (3).

Langlebert ouvrit un œil énormément gonflé avec une lancette plongée dans la cornée transparente, et le vida tout à fait ; mais l'organe ne tarda pas à se remplir de nouveau, et l'opérateur fut obligé d'exciser avec les ciseaux un lambeau circulaire de la cornée : cette ablation fut suivie d'une forte hémorrhagie, de suppuration et enfin d'affaissement des membranes (4) Richter, en place de ce traitement, conseilla de faire une simple incision cruciale, et d'en couper ensuite les quatre angles (5).

(1) Nouvelles Observations pratiques sur les maladies de l'œil, et leur traitement, Paris, 1786.
(2) *Medical communications*, *vol.* 1. *London*, 1784.
(3) *Chirurgische Cautelen. Frankfurt*, 1788.
(4) Journal de médecine, vol. LXXX, 1789.
(5) *Chirurgische Bibliothek*, T. XI, n.° 4, p. 571.

Henri Callisen, adoptant les principes de Richter, distingua les maladies de l'œil et indiqua les opérations qui leur conviennent beaucoup mieux que ne l'avaient fait ses prédécesseurs immédiats en Angleterre et en France. Il se servait, pour ouvrir l'onyx et l'hypopyon, opération qui ne doit pas être différée trop long-temps, d'une lancette entourée d'emplâtre agglutinatif jusqu'à une certaine distance de sa pointe; mais, quand le pus était visqueux, il faisait aussi des injections dans les chambres de l'œil. Quant aux cicatrices qui demeurent à la suite de ces opérations, il croyait pouvoir les exciser lorsqu'elles ne cédaient point aux détersifs (1). Il dilatait les fistules de la cornée au moyen d'une aiguille plate, à pointe courte et mince (2). L'hydrophthalmie exige le même traitement que l'hypopyon; mais on ne doit jamais avoir recours ni au trois-quarts, ni au séton (3). On ne peut pas extirper les loupes palpébrales dans leur entier; il faut les inciser, les vider des matières qu'elles contiennent, et détruire les parois du kyste au moyen des caustiques, ce qui se fait par l'extérieur ou par l'intérieur, suivant les circonstances. L'instrument tranchant est toujours préférable aux caustiques et à la ligature pour détruire l'encanthis, ainsi qu'une tumeur analogue qui naît à l'angle externe de l'œil (vraisemblablement la glande lacrymale engorgée). Callisen traitait et opérait le ptérygion à la manière des anciens. Il partageait l'opinion de Richter relativement au staphylome, et conseillait les astringens de concert avec les caustiques; il rejetait tout à fait l'exci-

(1) *Principia systematis chirurgiæ hodiernæ. Hafniæ*, 1788, T. I, p. 367.
(2) *Ibid.* T. I, p. 399.
(3) *Ibid.* T. II, p. 41.

sion (1). On ne doit pratiquer l'extirpation de l'œil que dans le cas de dégénérescence cancéreuse du globe entier; mais quand l'affection a déjà fait trop de progrès, ou bien lorsqu'elle a été provoquée par un état morbide général qui subsiste encore, l'opération se trouve contre-indiquée. Du reste Callisen exécutait cette dernière suivant la méthode ordinaire, et retranchait même les paupières toutes les fois qu'elles étaient dégénérées (2). La blépharoptose légère cède à de faibles irritans; si elle est plus considérable, elle exige l'application du cautère actuel ou potentiel; dans les cas les plus graves, on a recours à l'anarrhafe, qu'on peut aussi mettre en usage contre l'entropion, lorsque les emplâtres agglutinatifs destinés à ramener les paupières en dehors, ne produisent aucun effet. Il est quelquefois aussi fort avantageux de fendre le cartilage tarse du côté de l'angle externe de l'œil. L'incision des tégumens réussit rarement dans l'ectropion : il vaut mieux exciser un lambeau de la conjonctive. Nulle opération n'est praticable dans un cas de lagophthalmie, à moins que la maladie ne dépende de la présence d'une tumeur qu'il soit possible d'extirper. Dans la trichiase, on doit se borner à arracher les cils et à en toucher les racines avec de l'alcali volatil ou avec une dissolution de pierre infernale (2). On fait rentrer les procidences de l'iris, lorsqu'elles se sont effectuées depuis peu, et qu'il ne s'est pas encore établi d'adhérences; mais quand elles sont anciennes, il faut les abandonner à la nature, aussi bien que les prolapsus du corps vitré, parce que ces tumeurs rentrent spontanément à l'époque où la plaie de la

(1) *Ibid.* p. 141.
(2) *Ibid.* p. 375.
(3) *Ibid.* p. 466.

cornée se cicatrise (1). Dans un cas de synezisis, on pratique la corétomie par la chambre postérieure, opération qui convient aussi lorsque la cornée est opaque en partie ; ou bien on exécute la corectomie avec l'incision cruciale, suivant la méthode de Guérin, dans l'angle interne ; si l'on adopte ce dernier procédé, on a l'avantage de pouvoir extraire en même temps une cataracte (2). On détruit l'ankyloblépharon avec un petit bistouri à fistule ; le symblépharon cède aisément lorsqu'il est filamenteux et borné à la conjonctive, mais très-difficilement dans le cas contraire. Callisen veut encore qu'on glisse un morceau de vessie sous la paupière, après cette dernière opération (3).

Guillaume Rowley s'était déjà, long-temps auparavant, prononcé avec force contre l'ophthalmoxyse (4), et il avait conseillé, dans les abcès placés entre les lamelles de la cornée, d'enlever celles des couches de la membrane qui couvrent la collection (5), ce qui, suivant la remarque de Richter, entraînerait infailliblement la formation d'un staphylome et d'une cicatrice difforme (6). Il condamne l'emploi des caustiques dans la trichiase, parce que les cils finissent par ne plus croître, lorsqu'on les arrache avec persévérance. L'acide muriatique lui servait utilement contre les tumeurs enkystées, les staphylomes et les boursouflemens de la conjonctive. Il recommande, dans les taches de la cornée, une espèce d'apotripsis avec une petite éponge imbibée d'une liqueur très-active. Ayant vu plusieurs fois le délire, les con-

(1) *Ibid.* p. 582.
(2) *Ibid.* p. 625.
(3) *Ibid.* p. 636.
(4) *Essai on the ophthalmy. London*, 1771.
(5) *A treatise on the principal diseases of the eyes. London*, 1773.
(6) *Chirurgische Bibliothek*. T. III, n.° 1, p. 88.

vulsions et la mort succéder à l'extirpation de l'œil, il rejette presqu'entièrement l'opération (1); mais Richter fait observer que ces accidens dépendaient peut-être plus de l'inhabileté de l'opérateur que de l'opération elle-même (2).

La même année, C. G. T. Kortum publia, sur les maladies des yeux, un manuel très-bien fait, et soigneusement écrit, dans lequel il mit à profit les préceptes des meilleurs chirurgiens de tous les âges (3). Si la trichiase est occasionnée par une tumeur quelconque, il n'y a rien autre chose à faire que d'extirper cette tumeur; lorsque la maladie dépend d'une cicatrice, on excise celle-ci, puis on réunit les bords de la plaie au moyen de la suture entortillée faite avec des aiguilles courtes et plates. Du reste on doit se contenter d'arracher les cils; mais ils renaissent presque toujours, parce que la racine n'en est pas détruite, et quelquefois ils prennent une direction encore plus vicieuse qu'auparavant. La cautérisation avec le fer rouge ou les caustiques liquides, l'attention de courber les cils en dehors par la frisure, et celle de les coller à la paupière, ne servent à rien, et l'on se voit quelquefois obligé d'enlever le bord entier de la paupière. La sonde creuse est tout-à-fait inutile dans l'opération de l'ankyloblépharon, lorsqu'on se sert d'un bistouri à dos droit, et courbé sur son tranchant, dont la pointe se termine en une petite sonde boutonnée, qu'on introduit soit dans l'ouverture déjà existante, soit dans celle qu'on a préalablement pratiquée avec beaucoup de circonspec-

(1) *Treatise on one hundred and eighteen principal diseases of the eyes. London*, 1790.

(2) *Chirurgische Bibliothek.* T. XII, n.° 1, p. 73.

(3) *Medizinisch-chiturgisches Handbuch der Augenkrankheiten. Lemgo*, 1790.

tion : cependant il faut, avant d'opérer, examiner si l'œil lui-même est sain et capable de voir, dans la crainte de faire éprouver des douleurs inutiles au malade. Il est toujours très-difficile de détruire les adhérences dans le symblépharon; on ne doit le tenter que quand elles sont lâches et pour ainsi dire filamenteuses; alors même il faut agir, comme Kaltschmidt, plutôt en pressant qu'en coupant, et bien se garder d'introduire ensuite un corps étranger entre les paupières et le globe de l'œil. Kortum distingue parfaitement bien la blépharoptose causée par la paralysie, de celle qui dépend de l'atonie des tégumens, d'un état de spasme, de la présence d'une tumeur, ou d'un alongement extraordinaire de la peau. Les emplâtres agglutinatifs qui tirent la paupière en haut, ne sont pas sans utilité comme moyen palliatif, mais on ne peut que blâmer l'usage où l'on est de serrer un pli de la peau dans le mors d'un instrument particulier. Kortum établit de même une distinction entre les différentes causes de la lagophthalmie, et recommande, lorsque cette difformité provient réellement de la trop grande briéveté de la peau, de pratiquer une grande incision semi-lunaire, dont le milieu se trouve immédiatement au-dessous du sourcil, tandis que les extrémités regardent les angles de l'œil, ou d'en faire plusieurs, dont on tient les lèvres écartées par des emplâtres qui tirent l'une du côté du front et l'autre du côté de la joue. On guérit l'entropion en excisant ou scarifiant le bourrelet de la conjonctive, ou bien en pratiquant l'opération de la lagophthalmie. S'il existe dans le même temps des cicatrices, on détache les bords de la plaie du tissu cellulaire sous-jacent, et on place de la charpie au-dessous d'elles. Les hypersarcoses et le trachoma cèdent aux caustiques, contre l'action des-

quels on garantit l'œil par l'application d'un morceau de baudruche ; mais il vaut toujours mieux recourir à l'excision, après avoir passé un fil à travers la tumeur. L'entropion exige, suivant les causes qui l'ont produit, l'emploi des moyens propres à combattre les paralysies, les incisions transversales à la conjonctive, l'incision du cartilage tarse, ou l'opération de la blépharoptose.

Lorsque les tumeurs enkystées sont petites, on peut souvent les faire suppurer en y appliquant une mouche épispastique ; mais quand elles sont volumineuses, on incise d'abord et on arrache ensuite le kyste, ou bien on les extirpe sans les ouvrir, suivant l'épaisseur plus ou moins considérable de leurs parois. Il est presqu'impossible de les opérer par la face interne des paupières. L'ophtalmoxyse et le catanyptron sont deux opérations qu'on doit rejeter, malgré qu'on puisse vider, en les piquant avec la pointe d'une lancette, les taches de la cornée qui renferment une matière encore fluide. On excise les taches plus petites, qui forment une espèce de tubercule, et l'on applique un cautère sur les plus saillantes, comme Richter le pratiquait. Le succès couronne rarement l'opération du ptérygion, et elle est tout-à-fait inutile quand il existe une adhérence intime entre la tumeur et la cornée ; la meilleure méthode consiste encore à l'exciser au bord de cette dernière membrane, en faisant écarter les paupières au moyen de crochets mousses, et assujettissant le globe de l'œil avec le dard de Pamart.

Comme les staphylomes sont dus à l'épaississement de la cornée, la compression, le remboîtement de Woolhouse et l'excision ne peuvent servir de rien contre ces affections. Il vaut mieux leur opposer les astringens et les caustiques. Le meilleur de tous les moyens est l'établissement

d'un cautère, ou l'application du beurre d'antimoine; encore ne réussit-il pas dans les staphylomes anciens, qui exigent qu'on fende l'œil en croix, ou qu'on enlève la cornée ou l'iris par une incision circulaire. On incise ou on excise les staphylomes partiels de toute espèce, et une ligature appliquée avant de faire l'incision, peut quelquefois être utile pour empêcher la cornée de s'ouvrir. Kortum conseille les mêmes moyens que Woolhouse, Mauchart et Richter, contre l'onyx et les fistules de la cornée transparente.

Lorsque l'ecpiesme est récent, on peut le faire rentrer après en avoir éloigné la cause; mais, quand il est ancien, ôn se voit quelquefois contraint d'extirper l'œil. Cette opération, sans danger par elle-même, est le seul moyen qu'on possède pour sauver la vie du malade dans le cancer de l'œil. Cependant si le cancer est petit, on parvient quelquefois à n'extirper que lui, en ménageant le restant du bulbe. L'opération est au contraire tout-à-fait inutile, quand la maladie a déja porté ses ravages au-delà du globe oculaire. Kortum la pratiquait de la même manière que Richter et autres chirurgiens; après l'avoir terminée, il introduisait dans l'orbite une éponge attachée à un fil.

La myose exige qu'on élargisse la pupille, comme le faisait Pellier, ou qu'on en établisse une nouvelle; mais il ne faut recourir à cette dernière ressource que dans un cas de synezisis réelle. L'opération est contr'indiquée lorsque la synezisis dépend d'une plaie de l'iris demeurée béante, ou de la séparation de cette membrane d'avec le ligament ciliaire, puisqu'alors il y a une pupille supplémentaire. On ne doit pas non plus y avoir recours dans l'amaurose; mais la cataracte n'empèche pas de la mettre en pratique. Kortum blâme beaucoup la corétomie,

d'après la méthode de Chéselden, dont il paraît n'avoir pas non plus compris le texte. Il conseille, à titre d'amendement, d'enfoncer un couteau à cataracte, par la cornée transparente, jusque dans l'iris, et de faire une incision verticale à celle-ci, sans toucher à la capsule du crystallin, malgré que Janin ait certainement été beaucoup trop loin, en disant qu'une fente horizontale se referme toujours. La simple incision verticale suffit constamment lorsqu'il n'y a point d'opacité derrière la cornée, ni de synéchie, car alors il vaut mieux recourir à la corectomie suivant la méthode de Guérin ou de Janin, c'est-à-dire, enlever un lambeau de la capsule, et faire en même temps l'extraction de la lentille crystalline.

Kortum conseille, contre les prolapsus de l'iris, la plupart des modes de traitement connus avant lui, en les variant suivant les circonstances. Il veut aussi qu'on ait recours aux scarifications lorsque la tumeur est enflammée. On parvient rarement à guérir l'hydrophthalmie d'une manière radicale, lorsqu'elle est invétérée, parce ce qu'il se forme sans cesse une nouvelle collection aqueuse : cependant la ponction réussit quelquefois, si l'on pratique à temps l'incision de la cornée. La dernière ressource consiste à vider complètement l'œil par une large incision horizontale ou cruciale, après laquelle on a toujours soin d'enlever une certaine étendue de bulbe; cette précaution n'est cependant pas, dans tous les cas, suffisante pour prévenir une nouvelle accumulation de fluides, comme le démontre l'observation rapportée par Terras. Mais dans aucune circonstance, on ne doit ni faire usage du trois-quarts, ni appliquer un séton.

Kortum soutient que la distinction établie par Mauchart entre l'hypopyon et l'empyême de l'œil

est dénuée de tout fondement, puisque les deux chambres communiquent l'une avec l'autre. Il est fort rare que l'absorption du pus ait lieu, et malgré toutes les objections qu'on a pu élever, l'opération faite à temps est encore le meilleur moyen à mettre en usage. Kortum l'exécutait à la manière de Richter.

Pour extirper une tumeur volumineuse de l'orbite, accompagnée d'exophthalmie, J. C. Loder fit relever et renverser la paupière supérieure, et maintenir la tumeur au moyen d'un fil dont il l'avait traversée; après quoi il la disséqua lentement avec un bistouri à lame étroite. L'opération terminée, non-seulement l'œil rentra dans l'orbite, mais encore une cataracte qu'il renfermait ne tarda pas à disparaître. Loder extirpait aussi les loupes des paupières en incisant celles-ci par leur face interne (1). Déjà auparavant il était parvenu à guérir une ophthalmie des plus violentes avec staphylome commençant, hypopyon dans les deux chambres, et obturation de la pupille par une matière fibrineuse, en faisant usage de moyens plus doux, dont les principaux furent l'incision des vaisseaux variqueux, et l'instillation de l'extrait de belladone. Il recommande beaucoup ce dernier médicament, comme très-propre à faire disparaître les synéchies et les adhérences légères de la pupille (2).

Weir imagina un instrument qu'il croyait propre à mieux fixer l'œil pendant l'extirpation. Cet instrument est composé de deux branches le long desquelles se meut un bouton à coulisse qui permet de les tenir à un degré convenable d'écartement. Cline aimait à s'en servir parce qu'avec son secours

(1) *Medizinisch-chirurgische Beytraege*, *Th. I. Weimar*, 1794.

(2) *Observationes hypopyi et inde enatræ synizeseos pupillæ partic.* I. *et* II. *Jen.* 1791. — *Loder's Journal*, T. III, n.° 1, p. 142.

on tient l'œil plus solidement qu'en faisant usage de fils qui le traversent (1).

Le nouveau procédé proposé par Kœhler pour guérir la trichiase, consiste à passer autour du cartilage tarse deux anses de fils roulés autour d'un petit cylindre, qu'on fixe sur le front à l'aide d'emplâtres agglutinatifs (2).

On a peine à concevoir comment E. Darwin a pu imaginer de trépaner les cicatrices opaques de la cornée : il conseille en effet d'enfoncer une petite vis d'acier dans ces taches, de les attirer ainsi à soi, et de tourner une petite tréphine autour d'elles. Il pourrait arriver, dit-il, que l'ouverture qui en résulte dans la cornée, se couvrît d'une cicatrice transparente (3). Himly a pris la peine de démontrer que cette manœuvre donnerait lieu à de nouvelles cicatrices plus larges et plus difformes, et que quand on veut enlever quelque portion de la surface de la cornée, il vaut beaucoup mieux se servir du bistouri ou des caustiques (4).

D. G. C. Conradi considérait le laudanum comme un excellent moyen pour faire disparaître les staphylomes. Suivant lui, l'emploi de ce remède procure toujours une transparence parfaite à la cornée; quoique cette diaphanéité ne persiste pas, cependant la difformité diminue, et paraît bien moins sensible que quand on a eu recours à l'opération. Le laudanum convient beaucoup mieux aussi, dans les prolapsus récens de l'iris, que le beurre d'antimoine, qui irrite violemment les

(1) *Ehrlich's chirurgische Beobachtungen auf Reisen gesammelt* T. I, p. 44.
(2) *Versuch einer neuen Heilart der Trichiasis.* Leipzig. 1796, p. 89.
(3) *Zoonomie*, T. I.
(4) *Loder's Journal*, T. I, n.º 3, p. 413.

parties déjà plus ou moins enflammées (1). R. A. Schiferli soutint néanmoins que l'emploi du laudanum est inutile alors, parce qu'on peut toujours faire rentrer les procidences récentes de l'iris avec la curette de Daviel, et que celles qui sont anciennes supportent très-bien l'application du beurre d'antimoine (2).

J. Schlegel, médecin à Sklow en Russie, prétend être parvenu, au moyen de la décoction de mauve, à faire transsuder le pus, sous forme de flocons, au travers des pores de la cornée, chez un homme attaqué à la fois de trichiase et d'hypopyon. Il commença par renverser les cils déviés sur le dos des paupières : ensuite il les arracha, et il toucha les bords de celles-ci avec la pierre infernale. Mais ce moyen, assure-t-il, demeure sans effet lorsqu'on ne remédie pas à l'état scrophuleux des glandes de Méibomius, qui sont, par la pression qu'elles exercent, la cause de la mauvaise direction des cils. On doit donc arracher dès le principe ceux de ces derniers qui sont tournés en dedans, et chercher à irriter, dégorger et fortifier les glandes par l'application du précipité rouge, de manière que les racines des poils cessant d'être gênées reprennent leur direction naturelle de dedans en dehors (3).

Fischer, de Lunébourg, se prononça contre l'opération de l'hypopyon. Il la vit toujours suivie de staphylome, de synéchie antérieure, et d'autres accidens semblables, ce qui ne peut presque pas manquer d'avoir lieu à cause de la mollesse et de la struc-

(1) *Arneman's Magazin*. T. I. *Gættingen*, 1797, n.° 1, p. 48. — *Conradi*, *Bemerkungen ueber einige Gegenstaende der Ausziehung des grauen Staares*. *Leipzig*. 1791, p. 161.

(2) *Abhandlung ueber den grauen Staar*. *Jena*. 1797, p. 88.

(3) *Arneman's Magazin*. T. II, n.° 1, p. 23.

ture lamelleuse de la cornée. Il veut donc qu'on prenne en considération le conseil donné par Janin (1).

Seidel parvint à guérir une blépharoptose par des frictions avec l'huile de cajéput et la teinture de cantharides. Un malade s'offrit à lui avec un staphylôme partiel de la cornée et de l'iris : il commença par appaiser l'inflammation en faisant usage de l'eau gommée et de l'opium, puis il employa une dissolution de pierre infernale, mais sans succès ; le beurre d'antimoine lui rendit de plus grands services ; mais le moyen qui lui parut le plus avantageux fut l'application de la pierre infernale elle-même (2).

Wagner, de Balingen, opéra, avec un rare bonheur, une excroissance fongueuse qui s'était développée dans l'orbite après l'extirpation partielle du globe de l'œil. Cette excroissance dépassait les paupières, et y adhérait. Wagner fit à la paupière supérieure une incision transversale de dehors en dedans, par laquelle il insinua dans le fond de l'orbite un bistouri mousse et concave sur le tranchant : alors il cerna l'excroissance, et l'enleva avec la paupière inférieure, de manière que la seconde incision rejoignît la première dans l'angle interne de l'œil ; ensuite il coupa le nerf optique, remplit l'orbite de charpie, rapprocha les lèvres de la plaie avec des bandelettes agglutinatives, et eut le bonheur de guérir parfaitement son malade, malgré que l'orbite fût cariée tout entière et fort augmentée de grandeur (3).

Fr. Bouttatz, de Moscou, extirpa une loupe énorme, du poids de deux livres deux onces, survenue à l'œil par suite de la distension de la conjonctive :

(1) *Loder's Journal*, T. III, n.° 1, p. 23.
(2) *Mursinna's Journal*, T. II, n.° 2, p. 276.
(3) *Loder's Journal*, T. III, n.° 1, p. 142.

l'œil reprit à-peu-près sa forme naturelle, et la faculté visuelle se rétablit. (1). Quant à la sonde que ce praticien proposa pour nettoyer l'œil (2), Himly l'a rejetée avec raison, comme un instrument inutile (3).

Sabatier croyait l'emploi du beurre d'antimoine tellement dangereux dans le staphylome, qu'il préférait même recourir à la ligature. Cependant il prétend que cette dernière ne procure pas plus la guérison radicale que l'excision, et qu'on est obligé de réitérer souvent l'opération, parce que le staphylome reparaît toujours. Les épithêmes et les fumigations aromatiques procurent quelquefois la résolution de l'hypopyon, que Sabatier ouvrait de préférence avec l'aiguille à cataracte triangulaire de Daviel. Il usait des mêmes procédés dans l'onyx, après l'ouverture duquel il conseille d'introduire quelques graines d'hormin sous les paupières pour exprimer le pus. L'hypopyon de la chambre postérieure lui paraissait n'être qu'un être de raison, et il considérait encore le ptérygion comme une excroissance née de la caroncule lacrymale. Pour l'extirpation de l'œil, qu'il pratiquait du reste d'après le procédé de Louis, il employait, dans la vue d'assujettir l'organe, son érigne à double crochet, destinée proprement à l'opération du cancer de la mamelle; mais il recommandait, sur-tout dans la buphthalmie, de n'exciser qu'une portion du bulbe. Il exécutait également la paracentèse, dans l'hydrophthalmie, avec l'aiguille de Daviel, qu'il plongeait au bord externe de la cornée, et qu'il ne retirait qu'après l'écoulement de tout le fluide. Mais cette

(1) *Harles und Ritter's Journal fuer die auslaendische Literatur*, T. I, p. 281.
(2) Observations pratiques, Londres, 1801.
(3) *Ophthalmologische Bibliothek.* T. I, n.° 1, p. 157.

opération ne peut jamais être considérée que comme un moyen palliatif. Le conseil que Sabatier donne pour l'opération de la pupille artificielle, est excellent, et a été suivi depuis par plusieurs praticiens : il voulait qu'après avoir incisé la cornée, on soulevât le lambeau, afin de saisir le milieu de l'iris avec une petite pince, de le soulever, et de l'exciser avec de bons ciseaux courbés sur leur plat. Il rapporte aussi plusieurs exemples de décollement de l'iris ; les malades voyaient très-bien à travers les pupilles produites par cet accident (1).

Just Arneman fit voir aussi qu'il n'y a point de différence essentielle entre l'hypopyon et l'empyème de l'œil, parce que l'inflammation qui détermine ces deux maladies s'étend toujours aux deux chambres de l'œil. La décoction de mauve de Janin n'est propre, suivant lui, qu'à augmenter encore la quantité du pus, dont les excitans légers favorisent au contraire la résorption. Mais l'opération ne doit être pratiquée que quand le malade réclame trop tard les secours de l'art, et que tous les moyens demeurent inertes ; car elle ne peut qu'évacuer momentanément le pus, et, loin de guérir la maladie, elle est plutôt propre à augmenter la collection purulente et à favoriser la destruction des parties internes. Arneman rejetait l'emploi du catanyptron, de l'ophthalmoxyse et de l'apotripsis, dans les taches de la cornée, comme étant fort dangereux ; néanmoins il croyait que l'on peut, dans certains cas, faire l'ablation des taches très-saillantes. Les opérations du pannus, du ptérygion et du staphylome lui paraissaient être toujours très-fâcheuses, et il préférait l'excision de la moitié antérieure du globe de l'œil dans les staphylomes qui

(1) *Médecine opératoire*, T. III.

ont pris un mauvais caractère. Dans l'entropion et la trichiase, comme l'évulsion des cils est trop pénible et trop douloureuse, et que la méthode de Kœhler n'est non plus que palliative, on doit se contenter de couper les poils ; mais on guérit toujours et sûrement la lagophthalmie, lorsqu'on incise la plaie en travers, après y avoir fait un pli longitudinal, et qu'on maintient la paupière dans la situation qui lui est naturelle, en y appliquant des bandelettes agglutinatives. Outre les méthodes déja connues pour pratiquer la pupille artificielle, Arneman conseille encore, après avoir fendu la cornée, de faire une incision circulaire à l'iris avec des ciseaux creux et courbés. Il convient qu'on peut répéter souvent la paracentèse de la cornée dans l'hydrophthalmie, toutes les fois que la constitution n'en souffre pas ; mais il rejette sans balancer l'application du séton à l'œil. Il ne permet non plus l'extirpation de l'organe que dans un cas de nécessité absolue, et son principal soin, en exécutant cette opération, est de faire le plus promptement possible la section du nerf optique. (1).

Les nombreuses occasions que les anciens et les modernes avaient eues de remarquer avec quelle facilité l'iris se détache du ligament ciliaire, firent naître à plusieurs habiles oculistes, vers la fin du siècle passé, l'idée d'exécuter ce décollement, qui n'avait encore eu lieu que d'une manière accidentelle, et de donner ainsi naissance à une pupille artificielle. Antoine Scarpa et Jean-Adam Schmidt conçurent ce projet presque à la même époque, mais Scarpa le mit à exécution et le fit connaître avant son rival.

Le célèbre chirurgien italien paraît avoir assez bien

(1) *System der chirurgie. Th. II. Abth. I. Gœttingen*, 1801, p. 10.

compris Chéselden; car il dit que ce dernier plongeait son instrument dans le sclérotique à une ligne et demie de distance du bord de la cornée transparente, l'enfonçait à travers l'iris dans le voisinage de son bord externe, le conduisait dans la chambre antérieure jusqu'au bord interne de la membrane, et fendait horizontalement cette dernière en le retirant. Scarpa rejetait la méthode de Janin par la raison principalement qu'on est dans bien des cas obligé de recourir à l'opération pour des taches opaques à la cornée, et qu'il ne servirait à rien d'inciser cette membrane, comme l'exige le procédé de Janin, lorsque la maladie en a déjà altéré la structure. Mais, comme il avait remarqué que l'iris, malgré la solidité assez grande de son tissu, n'est cependant unie que faiblement au ligament ciliaire, il enfonça une aiguille à cataracte droite et mince dans la sclérotique, à deux lignes du bord externe de la cornée transparente, et la poussa au travers de la chambre postérieure, jusqu'au bord interne de l'iris; parvenu en cet endroit, il perça la membrane de manière que la pointe de l'aiguille fût seule visible dans la chambre antérieure; alors il pressa sur elle de haut en bas et de dedans en dehors, afin de détacher l'iris; puis il reporta de nouveau l'aiguille dans la fente qui résulta de cette manœuvre, pour l'agrandir. Lorsqu'il découvrait une cataracte derrière la nouvelle pupille, il l'abaissait ou la brisait en fragmens. Cependant il conseille d'employer à l'avenir une aiguille légèrement courbe, avec laquelle il est plus facile de détacher l'iris (1).

Scarpa enrichit encore la médecine oculaire de beaucoup d'autres observations excellentes ou nou-

(1) Traité pratique des maladies des yeux, Paris, 1807, T. II, chap. 16, p. 234.

velles. L'orgeolet, dit-il, est un petit furoncle, et ne réclame que l'emploi des émolliens, comme les tumeurs de ce genre : on ne doit jamais l'ouvrir, même lorsque la suppuration y est manifestement établie; mais il faut laisser ce soin à la nature, après quoi on fait sortir sans peine le pus et le bourbillon, ou le paquet de tissu cellulaire frappé de mort (1). Les tumeurs enkystées des paupières sont presque toujours situées tellement près de la face interne, qu'elles s'aperçoivent au travers : c'est pourquoi, malgré tout ce qu'ont pu dire les modernes, il faut les opérer par cette face interne, à moins qu'elles ne soient situées trop loin derrière la commissure pour qu'on puisse les atteindre, ou qu'il ne soit pas possible de renverser la paupière elle-même. On n'a pas besoin de s'attacher très-scrupuleusement à en faire disparaître jusqu'aux moindres lambeaux, puisque le contact des larmes empêche la réunion d'avoir lieu par première intention, et que tous les débris sont détruits par la suppuration. Quant au chalazion, il demande à être toujours opéré de la manière ordinaire, c'est-à-dire par l'extérieur, et l'on applique la pierre infernale sur l'endroit qu'il occupait (2). Il n'y a que deux espèces de trichiase, l'une produite par la direction vicieuse des cils, et l'autre, causée par la torsion du cartilage tarse; mais il n'existe ni distichiase ni trichiase due à la contraction spasmodique du muscle orbiculaire. Quand le cartilage tarse est roulé en dedans, et la peau en même-temps frappée d'atonie, ce qui arrive presque toujours, il n'y a pas de meilleur moyen que d'exciser un lambeau des tégumens, immédiatement sur le cartilage. Après cette opération, on ne pra-

(1) *Ibid.* T. I, chap. 2, p. 116.
(2) *Ibid.* T. I, chap. 3, p. 122.

tique pas de points de suture, mais on applique seulement des bandelettes agglutinatives, des compresses et un bandage unissant; il ne faut non plus soulever le pli de la peau qu'avec les doigts, parce que de cette manière on peut mieux en voir la forme et l'étendue que quand on fait usage d'une pince ou de tout autre instrument analogue. Il n'y a proprement pas de remède contre la déviation des cils eux-mêmes, dont l'évulsion ne sert à rien : ce qu'on peut faire de mieux dans ce cas, c'est de recourir à l'opération qui vient d'être décrite, et qui convient aussi chez les personnes affectées de blépharoptose (1).

L'ectropion et la lagophthalmie proviennent, soit de la tuméfaction de la conjonctive, soit du raccornissement de la peau de la paupière : la première variété cède dans le principe à de fréquentes applications de pierre infernale, mais plus tard on ne peut la guérir qu'en excisant la conjonctive avec les ciseaux ou le bistouri; quant à la seconde, on ne parvient presque jamais à la guérir, non plus que l'ectropion des anciens : ce qu'il y a de mieux à faire en ce cas, c'est d'employer les fomentations émollientes et les embrocations huileuses : les emplâtres agglutinatifs de Fabrice d'Aquapendente ne sont peut-être pas non plus à dédaigner (2). Dans le pannus, que Scarpa nomme à tort *nubecula*, *nuvoletta*, lorsque les astringens ont été employés sans succès, il faut soulever les faisceaux vasculaires avec des pinces près du bord de la cornée, y faire, avec des ciseaux courbes, une incision semi-circulaire, concentrique à cette dernière, et ensuite les laisser bien saigner (3). Toutes

(1) *Ibid.* T. I, chap. 4. 5, p. 141. 172.
(2) *Ibid.* T. I, chap. 6, p. 181.
(3) *Ibid.* T. I, chap. 8, p. 265.

les ressources de la chirurgie sont impuissantes contre le leucoma et l'albugo. Les ulcères baveux et ichoreux de la cornée exigent qu'on les cautérise avec un morceau de pierre infernale taillé en crayon, après quoi on bassine l'œil avec du lait (1). Le pannus n'est, pour Scarpa, que la réunion de plusieurs ptérygions; et, à ses yeux, l'ophthalmie variqueuse, le néphélion et le ptérygion ne sont que des degrés d'une même affection. Il ne faut jamais détacher entièrement ce dernier, parce qu'on produirait une cicatrice trop étendue, car l'opération est toujours suivie d'une légère opacité de la cornée; on n'enlève que la partie située sur celle-ci, et l'on fait ensuite une incision semi-lunaire à la base de l'excroissance (2).

L'hypopyon, assure Scarpa, n'est point une collection de véritable pus, puisqu'un abcès ne le précède pas; c'est le produit de l'exsudation d'une lymphe coagulable fournie par la lame interne de la cornée et par l'iris. Il ne faut donc jamais l'ouvrir, parce qu'on exciterait une nouvelle inflammation et une nouvelle exsudation, une plaie suppurante et une cicatrice difforme. On ne doit donner issue à la matière que quand l'amas en est assez considérable pour occasionner des accidens graves; mais alors, on taille avec une lancette, dans le milieu de la cornée, un lambeau qu'on excise ensuite d'un seul coup de ciseaux; il résulte de là une ouverture ronde par laquelle on fait sortir la lymphe, le crystallin et le corps vitré, en passant peu à peu sur le globe de l'œil, après l'affaissement duquel on adapte un œil artificiel. Qu'on se garde bien d'inciser la cornée dans toute autre cas, et qu'on se borne à l'emploi local des adoucissans et des

(1) *Ibid.* T. I, chap. 9. 10, p. 301. 314.
(2) *Ibid.* T. I, chap. 11, p. 341.

émolliens combinés avec la méthode antiphlogistique générale (1) ! On voit jusqu'à quel point Scarpa fait céder l'observation à une théorie embrassée d'avance, et comment il confond ensemble les idées de synchyse, de suppuration interne, de buphthalmie et d'hypopyon.

Le praticien italien déclare qu'il est inutile et nuisible de faire rentrer les procidences de l'iris. Ces prolapsus sont, au contraire avantageux, parce qu'en fermant la plaie de la cornée, ils permettent à l'humeur aqueuse de s'amasser de nouveau dans les chambres, ce qui prévient la désorganisation des parties intérieures. Ils finissent même par rentrer, lorsque l'humeur aqueuse est revenue à ses proportions ordinaires. On doit donc se contenter d'émousser la sensibilité de la portion d'iris herniée, ou de la consumer avec assez de circonspection pour ne pas détruire ses adhérences avec la cornée, ni s'opposer à ce que la plaie de cette membrane se cicatrise. Or, le moyen qui remplit le mieux cette indication est le beurre d'antimoine ou la pierre infernale. Il ne faut exciser une tumeur semblable que quand elle est devenue calleuse, et qu'elle adhère intimement à la cornée. Le prolapsus de la membrane de l'humeur aqueuse n'est autre chose, selon Scarpa, qu'une procidence du corps vitré; on le guérit par l'ablation de la tumeur et la cautérisation de la plaie. Ce praticien a observé une procidence de la choroïde à travers une plaie de la sclérotique. Il parvint à la faire disparaître en la touchant aussi avec la pierre infernale (2).

Scarpa partage en général l'opinion de Richter

(1) *Ibid.* T. II, chap. 13, p. 1.
(2) *Ibid.* Vol. II, chap. 14, p. 33.

au sujet des staphylomes; cependant il croit que plusieurs dépendent d'une simple distension de la cornée. L'établissement d'un cautère à la surface de ces tumeurs lui paraît inutile, et leur excision totale nuisible. Il se contente donc d'en couper la pointe, ainsi que le pratiquait Celse. A cet effet, il forme un petit lambeau, comme dans l'opération de la cataracte par extraction, l'enlève avec un bistouri dont le tranchant est tourné en haut, et donne issue aux humeurs. Tous les astringens locaux sont inutiles contre l'hydrophthalmie, et le meilleur moyen qu'on puisse employer, c'est d'ouvrir promptement l'œil, comme dans l'hypopyon et le staphylome, car la maladie récidive toujours quand on s'est contenté de pratiquer la paracentèse (1).

Toché-Couléon modifia peu de temps après la corédialyse de Scarpa. Il plongeait l'aiguille dans la cornée et l'iris, au-devant de l'endroit où la pupille nouvelle devait être établie, l'enfonçait ensuite dans la chambre postérieure, et agissait du reste comme le praticien italien. (2). Léveillé condamne avec raison cette manière d'opérer, puisqu'il en résulte des plaies inutiles, qu'elle présente de grandes difficultés dans son exécution, et qu'elle n'a pas le moindre avantage sur celle de Scarpa (3).

Joseph Flajani affectionnait aussi beaucoup la méthode de Scarpa, mais pensait néanmoins qu'il vaut mieux opérer par la chambre antérieure. Ayant voulu pratiquer la corectomie à la manière de Wenzel, il lui fut impossible d'y réussir : c'est pourquoi il plongea l'aiguille à cataracte dans la cornée, et fit une large incision cruciale à l'iris;

(1) *Ibid.* T. II, chap. 17. 18, p. 181. 213.
(2) Dissertation sur les pupilles artificielles, Strasbourg, 1803.
(3) Scarpa, Traité pratique des maladies des yeux, T. I, chap. 16.

peu à peu, quoique avec lenteur, il se forma une pupille assez ronde, et le malade recouvra la faculté de voir (1).

Flajani n'extirpa point un œil converti en une masse sarcomateuse énorme qui couvrait entièrement les paupières et les sourcils; mais, ayant senti de la fluctuation, il plongea dans la tumeur un trois-quarts qui donna issue à beaucoup de sérosité limpide, et le malade se sentit soulagé Le lendemain, l'œil ayant repris le même volume, il réitéra l'opération et plaça une petite mèche dans l'ouverture; plus tard, il agrandit cette dernière avec des ciseaux boutonnés, et y introduisit une tente, ce qui excita une bonne suppuration; la tumeur s'affaissa complètement, et il devint possible d'adapter un œil artificiel (2).

Ayant rencontré une collection purulente entre la sclérotique et la cornée, il n'ouvrit pas la tumeur, à laquelle il donne le nom d'hypopyon, mais la traita d'après la méthode de Scarpa, ce qui la fit disparaître en partie. Il suivit la même marche dans une extravasation entre les lames de la cornée, occasionnée par une métastase laiteuse; cependant il employa simultanément la compression : le pus ne disparut qu'avec beaucoup de lenteur, et il resta une tache dans la cornée. Flajani reproduit en partie les raisonnemens de Scarpa, mais il convient cependant que quand la chambre antérieure renferme du pus qui gêne la vision, on peut ouvrir la cornée avec une aiguille ou un bistouri, et même faire ensuite des injections (3).

Il démontre parfaitement combien on éprouve de difficultés lorsqu'on veut extirper les loupes des

(1) *Collezione d'osservazioni e riflessioni di chirurgia.* T. IV, oss. 21, p. 129. 135.
(2) *Ibid.* T. I, oss. 48, p. 157.
(3) *Ibid.* T. IV, oss. 3. 4, p 8. 11.

paupières par la face interne de celles-ci, comme le conseille Scarpa. Son procédé consiste à faire un pli à la peau qui couvre ces tumeurs, à l'inciser perpendiculairement, à extirper le kyste avec une spatule ou un bistouri, et à réunir les lèvres de la petite plaie par un point de suture. Il rejette avec raison les caustiques et la ligature (1).

Un malade lui ayant offert une dégénérescence sarcomateuse et ulcérée de la conjonctive, sur la sclérotique et sur une partie de la cornée, il eut recours à l'extirpation, et obtint la guérison du mal. Dans un staphylome total de la cornée, surmonté de quatre vésicules séparées, il ouvrit ces dernières avec la lancette, puis il mit en usage une pression légère et des remèdes fortifians ; l'œil guérit sous l'influence de ce traitement, et rentra dans ses dimensions ordinaires. Du reste, Flajani compte encore la dilatation et l'amincissement de la cornée, causés par une extravasation dans les chambres, au nombre des staphylomes : les fortifians, les styptiques et les caustiques doivent être employés dans ce cas, de concert avec une légère pression exercée au moyen de compresses graduées. Cependant il existe aussi des staphylomes de la cornée et de la sclérotique qui dépendent d'une extravasation dans le tissu de ces membranes, et qu'on ne peut mieux traiter qu'en excisant une portion de leur sommet, suivant le conseil qu'en a donné Scarpa (2).

Flajani confondait encore le ptérygion, les taches de la cornée et le pannus ensemble : il conseille d'inciser les vaisseaux nourriciers, comme le faisaient Richter et Scarpa (3). Une fois néanmoins il

(1) *Ibid.* T. IV, oss. 10, p. 58.
(2) *Ibid.* T. IV, oss. 23, p. 139.
(3) *Ibid.* T. IV, oss. 26, p. 152.

détacha la moitié d'un double ptérygion, à l'exception de la partie fixée sur la cornée, et guérit ainsi le malade. Il fit rentrer avec succès un ecpiesme, et maintint l'organe dans la situation convenable par le moyen d'une compression légère; mais un prolapsus de l'œil, compliqué de suppuration dans toute l'étendue de l'orbite, entraîna la mort du malade.

Les exostoses de l'orbite et le cancer oculaire exigent toujours qu'on se hâte d'extirper l'œil : on fait une incision circulaire avec un bistouri droit, pour détruire les adhérences de la conjonctive, après quoi on porte des ciseaux courbés sur leur plat derrière le bulbe, qu'on détache d'un seul coup. Quelquefois il est nécessaire de commencer par fendre la commissure externe, et de se servir d'un bistouri convexe (1).

Suivant Jean-Adam Schmidt, les occlusions de la pupille dépendent, soit d'un épanchement de lymphe coagulable, à la suite de l'iritis (*phthisis pupillæ*, *myosis*), soit de cette cause et du resserrement simultané de la pupille (*atresia pupillæ*). Les occlusions de cette nature cèdent quelquefois à l'emploi des altérans, ou au soin de tenir le malade dans une chambre peu éclairée. On peut aussi détacher et abaisser la lymphe coagulée avec une aiguille à cataracte enfoncée dans la chambre postérieure; mais lorsqu'il y a atrésie complète, l'opération est l'unique ressource. Le succès que Chéselden obtint de sa méthode, et le désagrément qu'eut au contraire Janin de voir la pupille, établie d'après le même procédé, se refermer toujours, tenaient à ce que le chirurgien anglais opéra un individu atteint d'atrésie depuis sa naissance, et

(1) *Ibid.* T. IV, oss. 34. 35. 36, p. 162. 198.

dont l'iris n'avait jamais été malade, tandis que Janin n'eut affaire qu'à des personnes chez lesquelles l'affection était le produit d'une phlegmasie quelconque, et dont l'iris conservait encore de la disposition à laisser transsuder de la lymphe coagulable. Ainsi les méthodes de Janin, de Guérin et de Wenzel n'ont aucun avantage sur celle de Chéselden; puisque les mêmes circonstances d'où dépend l'insuccès de cette dernière, comme l'opacité de la capsule, l'état maladif du corps vitré et la tendance aux transsudations plastiques, font aussi qu'on les met inutilement en pratique; car un épanchement de lymphe coagulable oblitère tout aussi bien une plaie avec perte de substance qu'une simple fissure faite à l'iris. A ce raisonnement on peut répondre que Schmidt ne paraît pas non plus avoir bien compris Chéselden. Le praticien anglais ne dit nulle part avoir pratiqué la corétomie sur un aveugle de naissance, et c'est Morand qui a répandu ce préjugé, sans qu'on sache trop pourquoi. Le seul cas qu'on puisse rapporter ici, c'est une dépression que Chéselden pratiqua chez un cataracté de naissance.

Si l'on veut opérer d'après l'une de ces trois méthodes, de Janin, de Guérin ou de Wenzel, continue Schmidt, il ne faut pas établir la nouvelle pupille auprès de l'ancienne, non plus que dans l'endroit où la couleur de l'iris est altérée, car c'est là précisément que l'exsudation commencera (1).

Deux ans après, Schmidt fit connaître plus en détail sa méthode pour pratiquer la corédialyse. Plusieurs exemples de décollement accidentel de la grande circonférence de l'iris lui en avaient aussi

(1) Dans les *Abhandlungen der medizinisch. chirurgisch. Joseph. Academie. Th. II.* (*Wien*, 1801), p. 209.

fait naître l'idée, et il le mit en pratique pour la première fois en 1802, sur un œil dont la cornée était staphylomateuse dans les trois-quarts de son étendue. Il ouvrit cette membrane, saisit l'iris avec de petites pinces, et la détacha du ligament ciliaire; l'opération fut couronnée de succès. Dans la suite cependant, afin de la simplifier, il employa une aiguille légèrement courbée, avec laquelle il manœuvrait de la même manière que Scarpa. La plupart du temps, cette opération cause une légère douleur, et souvent il en résulte un épanchement de sang qui ne tarde pas à être résorbé. La pupille naturelle, quand elle existe encore, s'efface sur-le-champ, et la réaction inflammatoire se règle sur la santé générale de l'opéré, en sorte que quand celui-ci n'est pas parfaitement bien portant, il n'est pas rare qu'une iritis vienne détruire tous les résultats de la corédialyse. On peut sans doute reprocher à cette opération le défaut d'entraîner souvent la lésion de la capsule crystalline, par suite de laquelle celle-ci perd sa transparence; mais, d'un côté, on ne la pratique presque jamais que dans des cas d'atrésie produite par une iritis survenue après l'extraction d'une cataracte; et de l'autre, le crystallin ou sa capsule, même lorsqu'ils deviennent opaques après l'opération, ne gênent en rien la vision, puisqu'ils n'atteignent point jusqu'au bord de la pupille artificielle; enfin, on peut les abaisser, soit durant le cours même de l'opération, soit plus ou moins long-temps après. La lésion n'est du reste pas aussi considérable que le craignait Richter, témoin d'une opération de ce genre faite par Schmidt sur le cadavre, puisque le résultat en fut très-heureux dans un cas où ce praticien abaissa simultanément le crystallin, vit se former une extravasation sanguine fort abondante, et

se trouva forcé de laisser dès le troisième jour son malade exposé à l'action de l'air et de la lumière.

On ne doit se décider à pratiquer la corédialyse qu'autant que la cécité reconnaît pour cause unique l'occlusion de la pupille, que les fibres rayonnées en dehors de la grande circonférence de l'iris sont parfaitement intactes, que l'œil a sa grosseur et sa solidité naturelles, que les vaisseaux de la conjonctive sont situés comme à l'ordinaire, et que le malade discerne manifestement la lumière. Cette opération est indiquée dans le leucoma et dans le staphylome partiel, qui couvrent toute l'étendue de la pupille, dans les synéchies antérieures d'une grande étendue et les procidences considérables de l'iris, enfin dans l'atrésie complète de la pupille, dépendante, soit d'une cachexie, soit d'une lésion extérieure, comme d'une iritis survenue à la suite de l'extraction de la cataracte (1). Quant à la découverte de la corédialyse, Schmidt convient lui-même qu'elle a été mise en pratique et décrite avant lui par Scarpa, mais il ajoute que l'idée lui en était venue dès l'année 1792, et que tous deux ils y arrivèrent sans avoir connaissance de leurs travaux respectifs (2).

Charles Himly pratiqua ensuite la corédialyse d'après la manière de Schmidt, sur un œil dont la pupille était oblitérée par des excroissances de l'iris; mais il se servit d'une aiguille droite et garnie d'une

(1) *Himly und Schmidt, ophthalmologische Bibliothek*, Th. II, n.° 1, p. 1.

(2) *Ibid.* Th. III, n.° 1, p. 99.—Il est possible, en effet, que Schmidt n'ait point eu connaissance de la méthode de Scarpa à l'époque où il publia la sienne: cependant, comme le fait observer Juengken, il est fort étonnant que ce chirurgien, d'ailleurs si recommandable, ait renoncé subitement et sans motif valable au procédé opératoire qui avait si bien réussi entre ses mains, pour en adopter un autre, beaucoup plus difficile, et qui, de son aveu même, n'eut aucun succès la première fois qu'il le mit en pratique. (*Note du traducteur*).

pointe en fer de lance. Il lui fallut exercer une pression assez forte pour détacher l'iris du ligament ciliaire. Il élargit encore avec l'aiguille l'ouverture obtenue d'abord, comme Scarpa le faisait, et se servit du même instrument pour enlever aussi la fausse membrane placée sur la pupille naturelle. Aucun accident fâcheux ne survint, et le malade put voir assez bien (1). Depuis cette époque, Himly fit plusieurs fois l'opération sans être contrarié par le moindre accident, même chez des personnes d'une mauvaise constitution. Mais comme on rencontre des cas où il n'y a plus qu'une petite étendue de la cornée qui ait conservé sa transparence, du côté de l'angle externe, Himly donna une courbure telle à la tige de l'aiguille, qu'on pût s'en servir par-dessus le nez, et qu'on eût la facilité de la faire pénétrer dans l'angle interne : la pointe doit en être courbée de manière que sa concavité corresponde à l'arc que décrit la tige. Dans un cas où la chambre antérieure était fort petite, il incisa la cornée transparente, à travers laquelle il fit l'opération; mais il déchira l'iris au lieu de la détacher : ce contre-temps l'obligea de recourir à la corétomie, qui n'eut point de succès. Beer ayant aussi annoncé la modification de la corédialyse qui consiste à pénétrer par la cornée transparente, comme nous le verrons bientôt, Himly, qui réclama l'honneur de la découverte, convint néanmoins qu'il ne pouvait disputer au praticien Viennois que la priorité (1). Nous avons vu que Toché-Couléon avait déjà imaginé quelque chose de semblable, mais dont il fit une autre application.

A cette époque, P. Demours causa beaucoup de

(1) *Ibid.* Th. II, n.° 1, p. 48.
(2) *Ibid.* Th. III, n.° 2, p. 153.

sensation en France par une corectomie qu'il pratiqua, d'une manière assez généralement connue, chez un sujet atteint de leucoma avec synéchie antérieure, et chez lequel il n'y avait qu'un cinquième de la cornée qui conservât encore sa transparence. Demours plongéa un couteau à cataracte dans la cornée à peu de distance de la sclérotique, et le poussa jusque dans l'iris : alors il introduisit de petits ciseaux, dont l'une des branches fut un peu enfoncée dans le corps vitré, et l'autre conduite entre la cornée et l'iris ; au moyen de deux incisions, il enleva un lambeau de cette dernière (1). Cette opération, que Janin, Wenzel, et autres, avaient déjà faite à-peu-près de la même manière, fut considérée presque comme un miracle dans toute la France. Une gazette allemande alla jusqu'à dire que Demours avait appliqué une pupille artificielle dans l'angle d'un œil entièrement privé de la faculté de voir, qui avait été ainsi rendue au malade (2).

Quelque temps après, Jurine eut recours à un procédé qui présente une analogie éloignée avec celui de Demours. Il incisait en effet la cornée et l'iris à-la-fois avec le couteau à cataracte (3). Buzzi, de Milan, enfonçait une aiguille en forme de lance dans la chambre postérieure, la plongeait dans l'iris à une ligne de distance de la pupille oblitérée, l'abaissait alors, et la poussait en arrière vers le corps vitré, manœuvre au moyen de laquelle il détachait du ligament ciliaire le tiers de la grande circonférence de la membrane.

(1) Journal de médecine de Sédillot, vol. VIII, p. 321.
(2) *Gothaische gelehrte Zeitung.* 1801, n.º 52.
(3) *Assalini*, *Untersuchungen ueber die kuenstlichen Pupillen*, *Dresden*, 1813. — Suivant Assalini, Bazzi opérait déjà en 1788, c'est-à-dire avant Schmidt et Scarpa : il serait donc, d'après cela, plutôt l'inventeur de la corédyalise que ces deux praticiens.

De tous les chirurgiens allemands, Georges-Joseph Beer est, sans contredit, celui qui a le plus contribué aux progrès de la médecine oculaire. Dans le principe, comme le procédé de Chéselden lui paraissait trop difficile et insuffisant, et que celui de Janin exigeait qu'on soulevât trop le lambeau de la cornée transparente, il pratiqua la corétomie en plongeant un petit bistouri étroit, et en forme de lancette, obliquement de haut en bas dans la cornée et l'iris, de manière que la plaie de cette dernière fût située au-dessous de celle de l'autre (1). Mais, peu de temps après, cette méthode qui ne peut convenir que quand l'iris est bien tendue, ne le satisfit plus; et, en 1797, il opéra plusieurs malades d'après celle de Wenzel. Il renonça bientôt également à ce procédé, parce qu'il lui arriva une fois de blesser la capsule, et de donner naissance à une cataracte. Ayant d'ailleurs reconnu qu'on ne peut pas y avoir recours dans le cas d'un leucoma assez étendu pour couvrir toute la pupille, il conçut l'idée d'une nouvelle manière d'exécuter la corectomie. Cette manière consiste à ouvrir la cornée, comme pour extraire une cataracte, à saisir rapidement, mais avec précaution, l'iris au voisinage de la pupille oblitérée, et vers l'angle interne, avec une petite érigne, et à l'attirer au dehors sous la forme d'un pli ou d'un godet, qu'on excise promptement avec les ciseaux de Daviel. Beer opéra un grand nombre de fois d'après ce procédé, et réussit presque toujours. Cependant, chez certains sujets, il n'y a plus qu'une très-petite portion du bord interne de la cornée qui n'ait point perdu sa pellucidité : on doit alors bien se garder d'inciser la membrane, et la corédialyse est une

(1) *Lehrbuch der Augenkrankheiten. Wien.* 1792, Th. II.

excellente opération. Dans tous les autres cas, la corectomie mérite la préférence. La corédialyse, faite à la manière de Schmidt, a l'inconvénient que l'opérateur ne peut suivre l'instrument dans sa marche à travers l'œil, que l'aiguille blesse la lentille, lorsqu'elle existe encore, et provoque une cataracte; enfin que, quand la chambre antérieure est petite, on est exposé, en détachant l'iris, à plonger la pointe de l'instrument dans la cornée. Beer a prouvé par de belles figures que, même après la corédialyse, une cataracte détruit la faculté de voir, parce que les ligamens ciliaires s'appliquent sur la capsule opaque de manière qu'il ne reste plus de passage pour les rayons lumineux. Au reste, on ne doit se permettre de pratiquer cette opération que quand le malade discerne au moins la lumière, et qu'il n'y a rien de dérangé, ni dans le corps ciliaire, ni dans le corps vitré, ni dans les vaisseaux. (1) Peu de temps après, Beer, appelé auprès d'une personne qui était atteinte aux deux yeux d'une cataracte crystalline avec synéchie postérieure totale, mais qui pouvait encore distinguer la lumière des ténèbres, crut devoir pratiquer la corédialyse et abaisser dans le même temps la cataracte; mais, pour éviter les inconvéniens reprochés à la méthode de Scarpa, aussi-bien qu'à celle de Schmidt, il pénétra de suite dans la chambre antérieure, plongea l'aiguille dans l'iris à un quart de ligne de distance du cercle ciliaire; et, par un mouvement en arrière et en dedans, il opéra dans le même-temps le décollement de l'iris et le renversement du crystallin. L'opération réussit sur un œil; mais, de l'autre côté, l'iris trop peu ten-

(1) *Ansicht der staphylomatœsen Metamorphosen des Auges und der kuenstlichen Pupillenbildung. Wien.* 1805.

due, s'alongea sans se détacher du ligament ciliaire (1).

Beer explique, dans son dernier ouvrage, la manière dont l'oblitération de la pupille s'opère. Elle ne peut avoir lieu sans inflammation que quand le sujet a perdu une grande quantité du corps vitré, ou dans la synchyse. L'auteur ne l'a vue congéniale qu'une seule fois, et la pupille ne tarda même pas à s'ouvrir spontanément. Dans toutes les autres circonstances, elle est le résultat des phlegmasies internes de l'œil, notamment des syphilitiques. Mais elle présente de grandes différences : il y a réellement atrésie ou oblitération par de fausses membranes, des flocons de pus, un épanchement de sang, ou bien resserrement dû, soit à une synéchie antérieure, soit à une procidence de l'iris, ou enfin obturation par des taches ou des cicatrices de la cornée.

C'est avec raison qu'on a renoncé tout-à-fait à la corétomie; la corectomie mérite la préférence toutes les fois qu'on peut la pratiquer. Il faut s'en abstenir lorsqu'il y a en même temps altération de la lentille ou de sa capsule, quand la substance qui oblitère la pupille s'étend au delà de la petite circonférence de l'iris, et lorsqu'il ne reste pas dans la cornée encore pellucide de place pour faire l'incision. Quant à cette incision, on doit la faire le plus près possible et jamais à plus d'une ligne de distance du bord de la cornée, afin que la cicatrice qui en résulte ne détruise pas l'effet de l'opération; alors, quand il n'y a pas de synéchie, presque toujours l'humeur aqueuse repousse l'iris en avant; on saisit la saillie qu'elle forme avec l'érigne à cataracte, et on l'excise; après quoi le restant se retire

(1) *Nachtrag zur Ansicht der staphylomatœsen Metamorphosen des Auges. Wien.* 1806.

sur-le-champ. Mais lorsque l'iris adhère à la cornée dans la plus grande partie de son bord pupillaire, cette proéminence n'a pas lieu, et il faut introduire l'érigne à plat, afin qu'en lui donnant une direction oblique, on puisse saisir la portion libre de la petite circonférence, l'attirer au-dehors, et la couper, manœuvre qui tend à élargir la pupille naturelle elle-même sur le côté. Enfin, si la synéchie occupe tout le pourtour du rebord pupillaire, on saisit la grande circonférence de l'iris avec le crochet, ou, quand cet instrument déchire, avec de petites pinces dentées, on la tire doucement à soi, et on excise avec les ciseaux de Daviel le sommet du cône produit de la sorte, ayant soin de faire agir l'instrument en dedans de la plaie de la cornée, pour éviter les déchiremens. Avec un peu d'adresse, il est facile de ne blesser ni le crystallin, ni sa capsule.

Mais la corédialyse est indiquée quand la lymphe coagulée s'étend bien au-delà de la petite circonférence de l'iris, dans une cataracte capsulaire consécutive, ou dans une cataracte crystallino-capsulaire adhérente à l'uvée, et enfin dans les cas où la cornée est couverte par une cicatrice ou un leucoma tellement étendu, qu'il ne reste plus de place pour pratiquer une incision. Dans toutes ces circonstances, on plonge l'aiguille de Schmidt en face de l'endroit où la pupille doit être établie, c'est-à-dire, autant que possible, vers l'angle externe de l'œil, à une demi-ligne de distance de la sclérotique; on l'enfonce, la concavité tournée vers l'iris, dans la chambre antérieure, dont on lui fait parcourir l'étendue avec circonspection, et, lorsqu'elle est arrivée à l'endroit convenable, à un huitième de ligne de la grande circonférence de l'iris, on l'insinue assez profondément dans cette dernière pour

qu'elle soit maintenue d'une manière solide : puis, tirant la tige à soi, on exécute un double mouvement qui porte la pointe en dedans et en arrière; alors on dégage cette pointe, et on examine s'il est nécessaire de répéter la même manœuvre. Mais quand la cornée est opaque jusqu'à l'endroit où la pupille artificielle doit être établie, il faut opérer d'après la méthode de Schmidt. Si la lymphe coagulable s'étend jusqu'au ligament ciliaire, toute opération est infructueuse. Beer doutait encore à cette époque que la méthode de Reisinger présentât des avantages assez grands pour mériter qu'on la recommandât par-dessus toutes les autres (1). Il l'a jugée plus favorablement depuis, comme nous le verrons bientôt.

Beer soutient que la synéchie antérieure est incurable; car, quand elle a beaucoup d'étendue, l'opération est impossible, et lorsqu'elle en a peu, elle ne gêne pas assez pour nécessiter une opération dangereuse (2).

Des scarifications faites à temps et avec circonspection à la conjonctive, sont le moyen le plus sûr pour prévenir le staphylome de la cornée, surtout dans les ophthalmies syphilitiques. Cette difformité, lorsqu'elle n'existe pas depuis long-temps, peut céder à l'emploi du laudanum et d'une forte dissolution de *pierre divine* (3). Mais les caustiques proprement dits ne produisent jamais de bons effets : quelquefois, au contraire, leur emploi entraîne des suites fâcheuses. L'opération est la seule ressource dans les staphylomes anciens de la cornée qui ont

(1) *Lehre von den Augenkrankheiten.* Th. II, (*Wien*, 1817), §. 153, p. 190.

(2) *Ibid.* p. 236.

(3) C'est le minéral appelé *Pierre néphrétique*, ou *pierre des amazones*, *Jade néphrite*, ou *Jade ascien.* — *Note du traducteur.*

acquis la consistance du cartilage. On fait bien d'exciser aussi le plus promptement possible tout staphylome quelconque de l'uvée ou de l'iris, aussitôt après que l'inflammation est éteinte, car plus tard, l'opération devient inutile ou même nuisible (1). Beer traça aussi d'une manière plus précise dans ce Mémoire les règles relatives à l'opération dont il s'agit, et donna la figure d'un instrument qu'il avait imaginé pour la pratiquer, mais auquel il fit subir quelques changemens dans la suite (2).

Beer a beaucoup étendu la signification du mot staphylome, que Richter avait tant restreinte. Il appelle ainsi toute procidence contre nature des membranes de l'œil, en quelque endroit qu'elle s'observe, ainsi que l'hydrophthalmie elle-même (3), et prétend que, dans tout staphylome, il y a rupture de l'équilibre entre la sécrétion et l'absorption de l'humeur aqueuse. Il recommande, comme moyen prophylactique, quand on ne peut plus songer à la conservation de la vue, d'exciter une réaction inflammatoire modérée, en touchant la tumeur avec un pinceau trempé dans le laudanum, auquel on peut ajouter de l'éther sulfurique. L'application du beurre d'antimoine ne sert à rien : elle cause de vives douleurs, provoque la suppuration, et détermine quelquefois l'hydrophthalmie. L'inutilité de l'incision simple et de l'incision cruciale le détermina, quoique ce ne fût pas d'abord sans crainte, à exciser les staphylomes de la cornée entière, en les coupant à leur base, et il observa que l'ouverture ne tardait pas à être bouchée par une membrane nouvelle qui ne deve-

(1) *Loder's Journal*. T. II, st. 4, p. 444.
(2) *Ibid*. taf. VI, fig. 3.
(3) *Beer*, *Lehrbuch von den Augenkrankheiten*, T. II, p. 617.

nait plus staphylomateuse, parce que l'inflammation supprimait la sécrétion de l'humeur aqueuse. Dès-lors, pour pratiquer cette opération, il se servit d'un grand et fort couteau à cataracte, semblablable à celui qu'on emploie pour l'extraction du crystallin; il le plongeait dans la cornée, soulevait avec des pinces le lambeau produit par son tranchant, et enlevait ce lambeau tout entier avec les ciseaux de Cowper ou de Daviel. Quant aux staphylomes de la sclérotique, ce sont des maladies incurables, et on doit bien se garder d'y toucher.

Beer resta en grande partie fidelle à ces principes dans la suite: cependant il convint que, si la solution de pierre divine suffit dans les cératocèles simples, les compliqués exigent des caustiques plus forts, particulièrement l'application de la pierre infernale, et que les staphylomes, soit de l'iris, soit de l'uvée, cèdent aux caustiques dans le principe, lorsqu'il n'y a point encore de disposition aux varices, tandis que, dans le cas contraire, on est toujours obligé d'en faire l'excision (1). Il n'apporta aucun changement essentiel à son procédé opératoire pour les staphylomes qui envahissent toute l'étendue de la cornée, mais il les distinguait en sphériques et coniques: la plupart de ces derniers ne peuvent être opérés sans entraîner la perte de la lentille et du corps vitré, parce que, pour les enlever en totalité, on est obligé de passer le bistouri derrière l'une, et de le plonger au milieu de l'autre. Lorsque le malade est timide et agité, il devient souvent nécessaire de saisir la tumeur avec une érigne. Quand il existe déja des varices à la sclérotique, il faut extirper le bulbe à moitié: pour y parvenir, après avoir appliqué l'érigne, on dirige

(1) *Lehrbuch von den Augenkrankheiten*, T. II, p. 61.

de haut en bas un bistouri derrière la tache bleue, et on termine l'incision par le bas avec les ciseaux de Ludwig. Mais, dans nombre de cas, l'œil entier est variqueux ; il s'épanche alors beaucoup de sang entre la sclérotique et la choroïde, et l'on est forcé d'exciser ces membranes et la rétine pour mettre un terme aux douleurs atroces qu'éprouve le malade (1).

Beer traite les taches commençantes de la cornée par les substances adoucissantes, huileuses et mucilagineuses ; après quoi il met en usage les fortifians ou les altérans (2). Dans le pannus, outre une infinité de remèdes analogues, sous forme liquide ou pulvérulente, il emploie encore les scarifications fréquentes des vaisseaux les plus gros avec les ciseaux de Daviel. Cette méthode est aussi celle qu'il suit dans les ptérygions qui ont peu d'épaisseur ; mais quand l'excroissance est plus étendue et plus volumineuse, il la saisit avec des pinces dentées près de sa base, la soulève, la coupe en cet endroit avec un bistouri, la détache ensuite sur les bords avec les ciseaux de Daviel, et la sépare enfin de la cornée à l'aide de ce dernier instrument (3).

Quand, à la suite d'une ophthalmie interne, l'œil augmente de volume et devient assez saillant pour que les paupières ne puissent plus le couvrir, c'est là une *exophthalmie* ; il y a *exophthalmose* quand le bulbe de l'œil, parfaitement sain, se trouve chassé de sa cavité par une tumeur, et *ophthalmoptose*, quand il sort de l'orbite après un coup ou par l'effet de la paralysie des muscles. Mais l'exophthalmie peut être spongieuse, squirrheuse ou can-

(1) *Ibid.* p. 210.
(2) *Ibid.* p. 89.
(3) *Ibid.* p. 630.

céreuse : la première est la seule qu'on parvienne à détruire avec les caustiques, encore même exige-t-elle la plupart du temps, comme les deux autres espèces, qu'on pratique l'extirpation de l'œil. Cependant il ne faut faire cette opération que quand la santé générale ne souffre point et que le bulbe conserve quelque mobilité, parce que ces deux particularités annoncent que les muscles oculaires ne sont point encore frappés dans toute leur étendue. Beer saisit le bulbe avec une érigne par sa partie moyenne, le tire fortement en haut, fait abaisser la paupière inférieure par un aide, et la détache d'un seul coup de bistouri ; prenant alors les ciseaux de Ludwig, il coupe à grands traits toutes les adhérences du bulbe, en réservant les supérieures pour les dernières, enlève le globe, injecte de l'eau froide dans l'orbite, et explore cette cavité avec le doigt pour s'assurer si elle ne renferme pas encore quelques portions malades, dont il fait aussitôt la résection. Toujours il a soin d'enlever la glande lacrymale. Il lui paraît affreux de tamponner l'orbite avec de la charpie, et il veut qu'après l'opération on se contente de rapprocher les paupières à l'aide d'une bandelette emplastique. Du reste, ajoute-t-il, on doit rejeter, dans le cancer de l'œil, tous les moyens autres que l'extirpation, et particulièrement le caustique de frère Côme. Si la fièvre hectique est déjà établie, le malade meurt pendant ou peu de temps après l'opération (1).

Quelquefois l'exophthalmose, ou même l'exophthalmie, est occasionnée par des vésicules aqueuses de la glande lacrymale, qu'on ne saurait extirper à cause de leur situation. Il faut alors les ouvrir, en plongeant une petite lancette obliquement d'a-

(1) *Ibid.* p. 222.

vant en arrière dans l'angle externe de l'œil, et cherchant à rendre l'ouverture permanente par des mèches enduites de préparations saturnines qu'on y introduit (1). Le squirrhe de la glande lacrymale est incurable : on ne doit jamais y toucher, parce qu'il est impossible de déterminer d'avance quelle est l'étendue de la maladie (2).

Les tumeurs enkystées des paupières sont la plupart du temps revêtues d'une membrane tellement mince, que, dans beaucoup de cas, il est très-difficile d'en faire l'ablation totale, malgré que ce soit là le meilleur moyen à leur opposer. Beer pratiquait dans l'origine cette opération avec le bistouri et les ciseaux, d'une manière aussi longue que pénible; mais elle lui devint très-facile lorsque Leber lui eut fait part de son crochet ainsi que de son bistouri mousse à l'extrémité et tranchant seulement sur les côtés. Quand ces tumeurs sont mobiles, on a le grand avantage de pouvoir les pousser vers le rebord de l'orbite, et de les y faire tenir par un aide durant l'opération. Mais il faut se contenter d'inciser la peau, et n'en jamais enlever un lambeau ovoïde. Si la tumeur adhère au cartilage tarse, on ne touche point à sa base; lorsqu'elle est située du côté interne, on retourne la paupière avec une espèce de pince, et on opère par sa face oculaire. Toutes les fois qu'il se présente une tumeur séreuse, on l'ouvre en la piquant, et on y passe un petit séton à l'aide d'une aiguille dont l'extrémité est garnie d'un bouton de cire (1).

Le chalazion n'est autre autre chose qu'un orgeolet dans lequel la suppuration n'a pas pu s'établir :

(1) *Ibid.* p. 555.
(2) *Ibid.* p. 243.
(3) *Loder's Journal*, T. II, st. 4, p. 418. — *Beer, Lehrbuch der Augenkrankheiten*, T. II, p. 607.

le squirrhe des paupières est un chalazion développé ou un haut degré de tylose, qu'on a traité mal à propos par les caustiques. On ne doit tenter la résolution que quand le chalazion commence, ou qu'il est situé superficiellement; mais dès que cette méthode ne produit point d'effet, on a recours à l'extirpation. On ne touche au squirrhe que quand il menace de dégénérer en cancer, et alors on s'empresse d'en faire l'ablation (1).

Beer se sert, pour opérer l'entropion et la blépharoptose, d'une pince en forme de béquille avec laquelle il soulève et mesure la peau qu'il doit retrancher; il réunit les lèvres de la plaie au moyen de la suture emplumée (2). L'entropion, causé par l'involution du cartilage tarse, est incurable; on ne peut lui opposer qu'un traitement palliatif, qui consiste à arracher les cils (3).

La trichiase, lorsqu'elle ne tient pas à un vice de conformation du bord même de la paupière, cède toujours à la simple évulsion des cils qui affectent une mauvaise direction, parce que ceux qui les remplaceront en auront certainement une bonne. Mais la distichiase et la trichiase produites par la difformité du rebord palpébral, sont presqu'incurables : on ne peut mieux faire que de recourir à l'évulsion des cils, comme traitement palliatif; la cautérisation, l'attention de friser les poils, celle de les coller à la paupière, et autres semblables, sont inutiles ou nuisibles (4).

On ne doit entreprendre l'opération de l'ankyloblépharon ou du symblépharon que quand on s'est

(1) *Lehrbuch von der Augenkrankheiten*, T. II, p. 139. T. I, §. 335. 385.
(2) *Ibid.* T. II, p. 109.
(3) *Ibid.* p. 236.
(4) *Ibid*, p. 117.

assuré, par le moyen d'une sonde, ou de toute autre manière, que la cornée au moins n'a point contracté d'adhérences. Si les paupières sont accollées l'une à l'autre, sans qu'il y ait de fausse membrane interposée entr'elles, on les désunit avec précaution en se servant d'un bistouri étroit et mousse introduit dans l'angle interne, qui demeure toujours ouvert, suivant Beer. On agit de même quand les paupières sont fermées par une membrane intermédiaire, mais alors on dirige l'incision entre celle-ci et la paupière supérieure, de manière que la membrane demeurant toute entière fixée à la paupière inférieure, on puisse ensuite la couper en la saisissant avec des pinces très-déliées. Toute l'attention doit tendre dès-lors à empêcher l'agglutination des lèvres de la plaie, qu'on prévient en interdisant le sommeil, faisant des lotions fréquentes avec l'eau de Goulard, et, réitérant l'opération, si le besoin l'exige; mais jamais il ne faut interposer aucun corps étranger. Quant au symblépharon pur, après avoir soulevé la paupière, on le détache sur les bords avec un bistouri droit, puis on continue l'opération avec un petit bistouri élastique, linguiforme, mousse à son extrémité, et tranchant sur ses deux bords, qu'on fait agir plutôt en pressant qu'en coupant. Si l'adhérence ne consiste qu'en quelques brides, on commence par couper ces dernières au niveau de la paupière, puis on les soulève avec des pinces, et on les excise à la surface de l'oeil lui-même : presque toujours on est obligé de répéter plusieurs fois cette opération (1).

La meilleure marche à suivre dans l'ectropion granuleux et les sarcomes des paupières, lorsqu'ils

(1) *Ibid.* p. 122.

sont encore récens, mous, et qu'ils saignent facilement, c'est d'y appliquer des altérans, dont on augmente l'énergie par degrés ; plus tard, il n'y a d'autre ressource que d'extirper la tumeur (1). L'ectropion et la lagophthalmie qui proviennent d'une perte de substance sont presque toujours incurables : une seule fois Beer pratiqua l'opération avec succès dans une difformité de ce genre, d'après la méthode de Richter légèrement modifiée (2).

J. Forlenze prétendit, contre l'assertion de Beer et de Schmidt, que l'atrésie congéniale de la pupille ne diffère de l'atrésie acquise, ni sous le point de vue de l'opération, ni d'aucune autre manière quelconque. Il assura même avoir vu des pupilles artificielles permanentes, qui avaient été formées par la suppuration. La manière dont il exécute la corectomie, dans l'atrésie simple, diffère peu de celle de Beer. Il incise les deux tiers de la cornée, et tire à soi un pli de l'iris qu'il excise. Quand l'individu est atteint de cataracte avec synéchie postérieure, il veut qu'après avoir tiré l'iris à soi, on la détache avec une aiguille d'or aplatie, puis qu'on fasse l'extraction de la capsule et du crystallin. Il regarde, en général, comme une opération très-facile, de détruire les adhérences de l'iris avec la cornée. Lorsque cette dernière est opaque, on ne doit pas craindre d'en fendre même les sept-huitièmes, pour pratiquer la corectomie. Il rejette complètement la corédyalise, qu'il ne connaissait que par Toché-Couléon, parce qu'elle n'avait pas réussi entre ses mains (3).

Anthel Richerand, qui paraît ignorer les tra-

(1) *Ibid.* p. 133.
(2) *Ibid.* p. 239.
(3) Considérations sur l'opération de la pupille artificielle, Strasbourg, 1805.

vaux des Allemands et des Italiens, a jugé bien plus mal encore l'opération de la pupille artificielle, puisqu'il rejette le procédé de Chéselden conseillé par Scarpa. Il veut que dans l'obturation congéniale de la pupille, on incise crucialement la petite membrane avec une aiguille tranchante introduite par la chambre antérieure. Suivant lui, l'incision de la cornée est préférable au procédé qui consiste à plonger l'aiguille à abaissement dans la sclérotique, et il lui semble qu'on ne doit jamais pratiquer l'opération par la chambre postérieure, malgré qu'en se privant de cette ressource, on s'expose à rendre entièrement opaque une cornée qui ne l'était que dans une portion de son étendue (1).

Richerand prétend que le staphylome des enfans est ordinairement solide et plein, tandis que celui des adultes est concave en dedans, et que les parois en sont minces. L'excision circulaire de la tumeur, pratiquée à la base, comme le faisait Woolhouse, entraîne toujours des accidens inflammatoires très-intenses : il vaut mieux n'enlever que le sommet, avec des ciseaux, et faire échapper les humeurs, ainsi que Celse l'a prescrit (2). Une grande confusion règne dans le chapitre destiné aux taches de la cornée. Le pannus n'est aux yeux de l'auteur qu'une réunion de plusieurs ptérygions ; mais son néphélion est le véritable pannus, puisqu'il annonce que les vaisseaux sont variqueux dans cette affection, qu'elle est occasionnée par une ophthalmie chronique, et qu'on la guérit en saisissant la conjonctive variqueuse avec une pince très-fine, puis l'excisant avec des petits ciseaux courbes, ayant l'attention de donner, autant que possible, à cette section,

(1) Nosographie chirurgicale, T. I, p. 323.
(2) *Ibid.* p. 313.

la figure d'un segment de cercle concentrique à la cornée. L'albugo consiste dans l'épanchement d'une lymphe opaque entre les lames de la cornée ; il est l'effet d'une ophthalmie aiguë, et quelquefois il guérit ; mais le leucoma, cicatrice qui succède aux ulcères ou aux plaies avec perte de substance, est tout-à-fait incurable. On abandonne les abcès de la cornée à eux-mêmes, si ce n'est dans les cas où ils menacent de s'ouvrir ; car alors il vaut mieux inciser la membrane, que de laisser un ulcère s'établir. L'empyème de l'œil ne se trouve indiqué non plus que quand le bulbe est gonflé énormément, la douleur atroce, et la vie du malade en danger, parce que le cerveau, à raison de son voisinage, participe bientôt aux dérangemens de l'organe de la vision. (1). Ainsi cette opération ne convient, selon Richerand, que dans la synchyse et dans la buphthalmie, mais non dans l'hypopyon proprement dit. Lorsque l'œil est cancéreux, il l'extirpe avec un bistouri ordinaire, après en avoir accroché la partie antérieure avec une érigne, et il se sert, soit du même instrument, soit des ciseaux de Louis, pour faire la section du pédicule (2).

Il exécute l'opération de l'ankyloblépharon et du symblépharon d'après le procédé ordinaire, mais il prescrit de s'en abstenir, dans cette seconde affection, lorsque les adhérences s'étendent jusqu'à la cornée. On ne doit jamais introduire aucun corps étranger entre les paupières et le globe de l'œil ; mais lorsque les adhérences se renouvellent, on les détruit avec une sonde ronde et polie (3). L'orgeolet et le chalazion, qu'il ne distingue pas suffisamment l'un de l'autre, peuvent être répercutés à leur

(1) *Ibid.* p. 315. 317. 318. 320.
(2) *Ibid.* p. 345,
(3) *Ibid.* p. 255.

début par l'application de la glace pilée : plus tard on les abandonne à eux-mêmes, et on détruit par l'extirpation les tumeurs indolentes qu'ils laissent après eux (1). On conçoit avec peine comment Richerand a pu se montrer partisan de l'ophthalmoxyse avec un épi de seigle, depuis si long-temps tombée dans un oubli mérité (2).

Guillaume-Jules Buchhorn développa les avantages de la corédialyse par kératonyxis. A l'exemple de Beer et de divers autres praticiens, il enfonçait une aiguille ronde et conique dans la cornée, vis-à-vis de l'endroit où la pupille artificielle devait être établie, tournait la pointe de l'instrument dans l'angle interne vers l'iris, perçait cette membrane presqu'à une ligne de son bord, et la séparait du ligament ciliaire en la décollant ou la coupant avec le bord tranchant de l'aiguille. Mais il ne croyait pas que la partie antérieure des procès ciliaires couvrît assez la capsule crystalline pour que la vision fût interceptée s'il existait une cataracte après la corédialyse, de sorte que la dépression de la lentille lui paraissait inutile en pareil cas (3).

Woolhouse et Mauchart avaient déjà depuis long-temps conseillé l'évacuation de l'humeur aqueuse comme un excellent moyen contre certaines maladies de l'intérieur de l'œil. J. P. Le Hoc l'avait aussi recommandée pour prévenir la cataracte. Jacques Wardrop la trouva également fort avantageuse au début des staphylomes et dans toutes les ophthalmies violentes, accompagnées d'une grande tension des parties. Il reconnut toujours qu'après cette opération, la cornée, qui avait acquis déjà une teinte lactescente, recouvrait sa pellucidité, et

(1) *Ibid.* p. 304.
(2) *Ibid.* p. 270.
(3) *Diss. de keratonyxide. Halae*, 1806.

que l'inflammation s'appaisait, sans doute parce que les membranes éprouvaient une distension moins considérable. Il recommandait très-instamment aussi de donner issue à toutes les collections de pus dans les chambres, et même aux moins abondantes. Pour faire cette opération, il employait un petit couteau à cataracte, qu'il tournait un peu sur son axe, après avoir percé la cornée, afin de faciliter l'écoulement du fluide (1). Les épanchemens de lymphe coagulable dans la chambre antérieure, qu'on voit survenir si fréquemment, sur-tout dans les ophthalmies syphilitiques, sont toujours, d'après lui, la suite d'une phlegmasie de la membrane de l'humeur aqueuse. Du reste, il confond le pannus et le ptérygion, et n'a aucun égard aux adhérences qui existent avec les parties sous jacentes (2). Afin de démontrer encore combien il est utile d'inciser la cornée toutes les fois que l'œil éprouve de la distension, il rapporte l'exemple d'un homme atteint d'hydrophthalmie, qui s'étant trouvé soulagé par une crevasse survenue accidentellement à son œil, se le piqua lui-même à plusieurs reprises différentes avec une épingle : la congestion diminua chaque fois, et l'organe finit par recouvrer sa forme et son volume ordinaires (3).

C. F. Græfe établit avec raison une distinction entre le véritable staphylome de la cornée et les épanchemens de lymphe dans le tissu de cette membrane, puisque la première maladie consiste en une télangiectasie, c'est-à-dire, une dilatation des extrémités des vaisseaux, particulièrement des lymphatiques,

(1) *Edinburgh med. and surg.-Journal*, vol. III, *Edinb.* 1807, p. 56.
(2) *Essays on the morbid anatomy of the human eye. Edinburgh*, 1808, p. 22.
(3) *Ibid.* p. 106.

dans lesquelles la lymphe se coagule. Il opéra un staphylome de cette nature en l'excisant pour la plus grande partie, et faisant ensuite diverses applications de beurre d'antimoine afin de prévenir la récidive. Les staphylomes de la sclérotique sont également, à ses yeux, des télangiectasies, affections dans lesquelles la membrane se trouve convertie en un tissu purement vasculaire, et perd sa viscosité. Comme signes d'une télangiectasie interne de l'œil et d'une amaurose déclarée, ils sont toujours incurables (1).

On reconnut de plus en plus les grands avantages de la pupille artificielle dans une foule de cas de cécité incurable de toute autre manière, et les plus grands oculistes de l'Allemagne, de l'Angleterre et de l'Italie s'empressèrent à l'envi de perfectionner le procédé opératoire.

J. C. M. Langenbeck fut le premier qui décrivit avec précision et figura les parties qu'on intéresse dans la corédialyse. Il prouva en même-temps qu'on s'était exprimé d'une manière trop vague, en disant qu'on détache l'iris du ligament ciliaire, puisqu'on est obligé de la séparer tant du cercle que du corps ciliaire (2). On ne saurait douter que la méthode la plus avantageuse dans la cataracte adhésive ne consiste à pratiquer la corédialyse, sans essayer de détruire la synéchie (3). Persuadé qu'on ne la fait presque jamais mieux que par la kératonyxis, Langenbeck essaya d'abord de la pratiquer avec l'aiguille de Buchhorn; mais il trouva que cette aiguille ne pénétrait pas plus que celle de Scarpa au travers de la conjonctive, et il se vit contraint d'o-

(1) *Angiectasie. Leipzig*, 1808, *cap.* 6, p. 30.
(2) *Langenbeck's Bibliothek fuer die Chirurgie*, T. I, st. 1, 1806, p. 221.
(3) *Ibid.* st. 2, p. 519.

pérer par la sclérotique, comme Schmidt et Scarpa. Il remarqua, en outre, que la méthode de Buchhorn, d'ailleurs excellente, ne saurait être employée que quand la chambre antérieure offre assez d'espace pour qu'on puisse y conduire l'aiguille, ce qui malheureusement n'a pas lieu dans une multitude de cas (1).

Après avoir diversement modifié et perfectionné les méthodes connues pour établir une pupille artificielle, Langenbeck finit par déclarer que la variété infinie des circonstances ne lui permettait pas de donner une préférence exclusive à aucune d'entre elles. Il signala les inconvéniens de la corédialyse de Schmidt, et vanta, comme Beer, les avantages de la corectomie faite suivant le procédé du praticien de Vienne. Ce procédé est le seul auquel on puisse avoir recours lorsqu'il s'agit d'établir une pupille artificielle dans l'angle externe de l'œil, mais malheureusement on ne peut pas le mettre en usage quand la cornée est devenue opaque dans la plus grande partie de son étendue. Ayant essayé de pratiquer la corédialyse par la cornée avec une aiguille courbe à kératonyxis, ses tentatives furent, à la vérité, couronnées de succès; mais il n'en est pas moins vrai qu'on ne peut point se servir de cette aiguille dans une synéchie antérieure, et que la pupille se rétrécit toujours par le renouvellement des adhérences qu'on a détruites. Langenbeck conçut alors l'excellente idée de s'opposer à ce que l'iris pût ainsi se rapprocher du ligament ciliaire, en lui faisant faire hernie à travers la plaie de la cornée transparente, et voici dès-lors comment il s'y prit pour exécuter l'opération. Pendant qu'un aide maintenait la paupière supérieure et l'œil à l'aide

(1) *Ibid.* st. 3, p. 534.

de l'ophthalmostate de Siegerist, il plongea un couteau à cataracte dans la cornée, et, en le retirant, il aggrandit l'ouverture autant qu'il le jugea nécessaire. L'endroit où l'on enfonce l'instrument varie suivant les circonstances et au gré de l'opérateur ; cependant on doit toujours choisir un point où la conjonctive ait conservé sa pellucidité. S'il existe des adhérences entre elle et l'iris, on les détruit sur le champ avec le couteau. On introduit alors par l'ouverture faite à la cornée un crochet semblable à celui de Beer, mais plus petit, ayant la pointe tournée en bas ; on le fait glisser immédiatement le long de la face postérieure de la cornée, et on l'approche du bord ciliaire de l'iris ; alors on embrasse ce bord aussi solidement que possible, on le détache par des tractions graduelles, et on continue de le tirer jusqu'à ce que la partie de l'iris saisie par l'instrument, soit parvenue hors de la plaie extérieure, et forme un petit prolapsus, qui ne tarde pas à contracter avec la cornée des adhérences assez fortes pour ne plus permettre à la nouvelle pupille de se rétrécir. Si le crystallin ou sa capsule est opaque, on l'extrait sur le champ ; si la cataracte se développe dans la suite, on la met en pièces, qui sont bientôt absorbées. Lors même que la cataracte est dure, on l'abaisse très-bien avec le crochet.

Le seul reproche qu'on puisse faire à ce procédé, suivant Langenbeck, c'est de donner naissance à une pupille située hors de l'axe de la vision. Mais on ne peut pas non plus la faire toujours exactement au centre de l'iris dans la corectomie ; car si on incise la cornée près de son bord, et qu'on essaie d'attirer l'iris jusque-là, elle ne manquera pas de se déchirer, tandis que si on fait l'incision dans le milieu de la cornée, la cicatrice qui en ré-

sultera rendra la nouvelle pupille inutile. Par conséquent Adams, qui a tiré de l'oubli la corétomie tant décriée, mais à laquelle on ne saurait adresser le même reproche, mérite quelque attention, et d'autant plus, que si la corétomie venait à manquer, on pourrait se servir du même instrument pour pratiquer la corédialyse. Cependant la corétomie ne sera jamais couronnée de succès lorsque l'iris ne sera point tendue, comme dans l'atrésie survenue à la suite de l'iritis ou d'une cataracte adhérente. Si la pupille naturelle est encore ouverte, on doit toujours s'attendre à ce que l'iris se détache du ligament ciliaire, quelque affilé que soit le couteau dont on se sert. Mais, dans la méthode d'Adams, il est difficile de pousser l'instrument de la chambre postérieure dans l'antérieure sans blesser la cornée. Langenbeck perçait donc la cornée, comme dans la cataracte par extraction, avec un couteau en forme d'aiguille, et terminé par une pointe analogue à celle d'une lancette, légèrement courbée, poussait cet instrument, le dos tourné en haut, jusqu'au bord interne, et, tournant alors son tranchant vers la cornée, faisait une large incision horizontale à celle-ci en le retirant. Les essais ne réussirent pas bien, quoique répétés plusieurs fois, et l'ouverture de l'iris se rétrécit toujours beaucoup (1).

Voulant faciliter l'introduction et l'extraction, toujours pénibles, du crochet, Langenbeck le garnit d'un petit tube d'or, sur le bord externe duquel sa pointe s'applique d'une manière si exacte, que tous deux réunis représentent une sonde mousse : quand l'instrument a traversé la cornée, on pousse le crochet au moyen d'un ressort ; ce

(1) *Neue Bibliot. fuer die Chirurgie*, T. I, st. 2 (1817), p. 1, taf. I, fig. 2. 11.

crochet saisit l'iris, et, en cessant de presser sur le ressort, on le fait rentrer dans le tube, contre le bord duquel il appuie en même temps la membrane (1).

Langenbeck a moins fait pour les autres opérations que les maladies des yeux réclament. Cependant il est parvenu plusieurs fois à faire rentrer, par la simple instillation de la teinture thébaïque, des prolapsus de l'iris, causés par des plaies de la cornée assez étendues pour qu'on n'aperçût plus qu'un pédicule étroit de cette dernière, et la guérison fut néanmoins si complète que l'œil conserva entièrement la forme qui lui est naturelle (2).

Il confirma par ses propres observations les doctrines professées par Wardrop, et dont nous avons parlé précédemment; car bien qu'il soit vraisemblable qu'une incision faite à la cornée, quand elle est malade, sera suivie de staphylome et d'ulcération, cependant l'expérience prouve le contraire; et malgré que les débris de la cataracte soient absorbes sans le moindre doute dans la chambre antérieure, il ne s'ensuit pas que l'hypopyon partage le même sort : Langenbeck l'a même vu déterminer la rupture de la cornée. Quant à l'incision de cette membrane, elle lui a presque toujours semblé d'une exécution difficile, aussi se servait-il de l'ophthalmostate de Siegerist lorsqu'il avait besoin de la pratiquer (3).

Ph. Fr. de Walther attribue à l'excellence de son procédé le succès dont ses opérations de l'entropion ont été couronnées. Il avait soin, en excisant le lambeau des tégumens, de faire toujours éprouver une perte de substance plus considérable

(1) *Ibid.* st. 3, p. 454, taf. I, fig. 5, 6. 7.
(2) *Ibid.* T. II, st. 4, p. 5, taf. I, fig. 2.
(3) *Neue Bibl.* T. I, st. 1, p. 177.

au centre qu'aux parties latérales de la paupière. Ayant une fois pratiqué l'opération sur les quatre paupières, après l'excision de chacune desquelles il avait laissé dix jours s'écouler, le malade fut attaqué de trisme des mâchoires le troisième jour qui suivit la dernière opération, et il mourut. L'ouverture du corps prouva que la mort dépendait d'une autre cause que de l'opération (1).

Donegana, de Come, pratiquant la corédialyse d'après la méthode de Scarpa, vit, comme beaucoup d'autres, que l'iris rentrait entièrement dans ses anciens rapports avec le ligament ciliaire. C'est pourquoi il rendit l'extrémité de l'aiguille falciforme et tranchante du côté de la concavité, afin de pouvoir exciser une partie de l'iris en détachant sa grande circonférence. Il cherchait de cette manière à combiner la corédialyse avec la corétomie (2).

C. A. Weinhold imagina, pour pratiquer une pupille artificielle par la chambre postérieure, plusieurs instrumens qui ressemblent tous à son abaisseur en forme de ciseaux : les ciseaux-aiguilles pour inciser horizontalement l'iris; les mêmes, semblables à ceux de Cowper, c'est-à-dire avec les lames courbées sur leur plat, pour fendre verticalement cette membrane, ou pour en exciser un lambeau semi-lunaire; enfin les pinces-aiguilles pour le cas où, comme après une ophthalmie violente, l'iris est tellement molle et relâchée qu'on ne peut ni la fendre aisément, ni la détacher du ligament ciliaire, et qu'au moindre effort elle se réduit en petits flocons. Wienhold la perce alors avec la branche fixe de l'instrument, presse ensuite sur la bran-

(1) *Abhandlungen aus dem Gebiethe der praktischen Medicin Landshut.* 1810, T. I. p. 219.

(2) *Ragionamento sulle pupille artificiali. Milano*, 1809.

che mobile, et exécute un mouvement rotatoire, de manière qu'un morceau de l'iris se roule autour des lames, et qu'on peut le retirer (1).

Les petites pinces dont Paul Assalini se sert pour exécuter la corédialyse, ressemblent tout à fait à ce dernier instrument quant à la forme, quoiqu'elles soient destinées à agir d'une autre manière. Elles consistent en une branche qui a la figure d'un bistouri et qui est émoussée, et dans une autre, unie à celle-là en manière de pince : les deux branches s'adaptent parfaitement l'une à l'autre, sont évidées en dedans, et peuvent se serrer au moyen d'un ressort. Assalini se servit de son instrument, dès l'année 1787, pour pratiquer l'extraction d'une cataracte capsulaire fortement adhérente à l'iris; cette membrane se détacha du ligament ciliaire pendant l'opération, d'où il résulta une large pupille artificielle. Ce qui lui était arrivé par hasard dans ce cas, il l'opéra ensuite avec intention chez les personnes dont la pupille était oblitérée : toujours il introduisait ses pinces à travers une incision faite à la cornée, et il s'en servait pour détacher l'iris. On doit donc le ranger parmi ceux qui ont des droits à l'invention de la corédialyse.

Du reste, lorsque l'iris est trop élastique et qu'elle se réapplique toujours sur le ligament ciliaire; ou bien quand il existe une synéchie postérieure qu'on ne peut pas détruire, Assalini attire l'iris hors de la plaie faite à la cornée et en excise un lambeau, combinant de cette manière la corectomie et la corédialyse. Il donne à ce procédé le nom de corectodialyse; mais dans les cas d'atrésie complète, il pratique la corectomie proprement dite, et se sert de ses pinces pour amener au dehors le pli fait à l'iris : il abaisse

(1) *Ideen ueber die abnormen Metamorphosen der Highmorshæhle Leipzig.* 1816, *Vorrede*, p. xv.

le crystallin s'il se trouve opaque, et l'extrait lorsque la capsule a perdu sa transparence. Quand il n'y a plus qu'une petite portion de la cornée qui ait conservé sa pellucidité, comme dans un leucoma fort étendu, la corédialyse ne servirait à rien, si l'on ne saisissait pas, en même temps que l'iris, quelques-uns des procès ciliaires, qu'on détache, tire à soi et excise (1). Pœnitz et et Langenbeck ont reproché avec raison aux pinces d'Assalini d'exiger qu'on incise trop largement la cornée, afin de pouvoir les introduire et les faire agir dans l'œil.

J. G. G. Benedict se montra tellement partisan de la corectomie de Beer, qu'il voulait qu'on y eût recours même chez les personnes dont la cornée est entièrement staphylomateuse (2).

Samuel Cooper n'a rien ajouté de nouveau à la médecine oculaire. Il copie presque mot pour mot Scarpa dans les chapitres consacrés à l'établissement d'une pupille artificielle (3), au staphylome (4) et au ptérygion (5). Marchant sur les traces du praticien italien, il rejette l'excision des procidences de l'iris, qu'il conseille de consumer avec le beurre d'antimoine et la pierre infernale, jusqu'à ce que la tumeur soit réduite au niveau de la cornée. Mais, suivant son opinion, on doit inciser ou extirper les procidences de la membrane propre de l'humeur aqueuse (6).

Guillaume Adams, partant du principe qu'on voit toujours mieux avec une pupille centrale, qu'avec une latérale, de manière que la pupille qui

(1) *Untersuchungen ueber die kuenstliche Pupille; uebers. von Pœnitz. Dresden*, 1813, *in*-8.°
(2) *De pupillæ artificialis conformatione. Lips.* 1810.
(3) *A dictionary of practical surgery. London*, 1813, p. 775.
(4) *Ibid.* p. 802.
(5) *Ibid.* p. 773.
(6) *Ibid.* p. 638.

mérite la préférence est celle qu'on établit le plus près possible du lieu qu'elle occupe dans l'état naturel, conseilla de nouveau la corétomie qui était presqu'entièrement tombée en désuétude. Il fit d'abord cette opération avec une aiguille à cataracte, sans s'écarter en rien du procédé de Chéselden; dans le même temps, il brisait le crystallin et déchirait la capsule, dont il introduisait les morceaux dans la nouvelle pupille, afin d'empêcher qu'elle ne se refermât. Mais, par la suite, il se servit d'un bistouri dont la lame avait deux tiers de pouce de long sur une ligne de large, un dos droit, un tranchant convexe, et une pointe à deux tranchans. Il introduisait ce bistouri, le tranchant tourné en arrière, dans la chambre postérieure, en plongeait aussitôt la pointe dans l'iris, le poussait ensuite dans la chambre antérieure jusqu'au bord interne de la cornée transparente, et, en le retirant, fendait horizontalement l'iris sur laquelle il l'appuyait légèrement. S'il existe une cataracte, il faut toujours la mettre en pièces, et en placer les débris dans la nouvelle pupille. D'ailleurs on doit répéter l'opération aussi souvent qu'il est nécessaire de le faire: la nouvelle pupille ne saurait jamais être trop grande à son avis, parce que les paupières se rapprochent autant que l'exige la quantité superflue de rayons lumineux. Lorsque l'atrésie de la pupille existait déjà depuis long-temps, Adams observa souvent que les fibres de la pupille avaient perdu leur contractilité, au point qu'elles s'écartaient à peine l'une de l'autre après l'incision de la membrane; dans ces circonstances, il se trouva quelquefois très-bien d'irriter l'iris avec la pointe du bistouri, et reconnut qu'au bout de quelques jours elle s'était rétractée suffisamment (1).

(1) *Practical observations on ectropium*, etc. *London*, 1814, *in*-8.°

J. P. Maunoir (1) et Montain adoptèrent aussi la corétomie. Ce dernier proposa, pour la mettre à exécution, une espèce d'aiguille-ciseaux, qu'on tient comme un couteau à cataracte, et qu'on introduit dans la chambre antérieure ; dès qu'on est parvenu dans cette cavité, on enfonce l'une des branches de l'instrument dans l'iris, et on incise la membrane en rapprochant les deux branches. Montain assure avoir réussi deux fois sur le vivant (2).

Charles Bell pense de même qu'on a eu tort de renoncer entièrement à la corétomie de Chéselden, sous le prétexte que les pupilles artificielles obtenues ainsi se referment toujours. On possède, suivant lui, dans la belladone, un moyen propre à prévenir cette issue fâcheuse ; cependant il se prononce davantage en faveur de la corédialyse de Scarpa (3).

Les cas où il convient de recourir à la ponction de l'œil ne sont pas indiqués avec assez de précision par cet écrivain : pour l'exécuter, il fait tenir l'œil avec l'ophthalmostate de Pellier, et plonge, au bord de la cornée, un couteau à cataracte, ou une aiguille dont la pointe produit une ouverture plus grande qu'il ne faut pour contenir sa tige (4). L'ectropion ne provient jamais que du trachoma, aussi le guérit-on par les scarifications, la cautérisation et l'excision. Bell n'emploie, pour opérer l'entropion, ni un instrument propre à soulever les tégumens, ni la suture : il préfère se servir du doigt pour tenir la peau, et des emplâtres agglutinatifs aidés par l'action d'un bandage. L'entropion est

(1) Mémoire sur l'organisation de l'iris et l'opération de la pupille artificielle. Paris, 1815, *in*-8.º

(2) *J. B. Wenzl*, *Ueber den Zustand der Augenheilkunde in Frankreich. Nuernberg*, 1815, *in*-8º., p. 124.

(3) *A Sytem. of operative surgery. London*, 1814, vol. II, p. 97.

(4) *Ibid.* p. 79.

quelquefois la suite du froncement de la peau intérieure, qu'il faut alors inciser. Bell extirpe par la face oculaire des paupières les tumeurs enkystées qui sont plus voisines de la conjonctive que de la peau, et quand l'opération a été faite par la face externe, il laisse au muscle orbiculaire le soin de réunir les lèvres de la plaie. Il saisit le ptérygion sur la cornée avec une pince déliée, passe au dessous un couteau à cataracte, avec lequel il le détache jusqu'à l'angle de l'œil, et l'excise ensuite. Lorsque les taches de la cornée sont pourvues de vaisseaux nourriciers, il soulève ceux-ci au moyen d'une aiguille, et les coupe avec des ciseaux. Tous les ulcères de la cornée, sans exception, doivent être cautérisés avec la pierre infernale, après quoi on les touche avec un pinceau trempé dans du lait (1). Bell opère le staphylome comme Beer, mais il veut qu'on vide toujours l'œil après l'opération, dans laquelle il a vu enlever un grand lambeau de la sclérotique sans qu'il en résultât aucune suite fâcheuse. On ne peut jamais réduire les prolapsus de l'iris et du corps vitré; la seule ressource est de les consumer avec la pierre infernale. Dans l'hydropisie de l'œil, Bell conseille de saisir la partie antérieure de l'organe avec un crochet derrière lequel on en fait l'ablation. (2).

La méthode pour pratiquer la corétomie, que N. J. Faure annonça comme entièrement nouvelle, ne diffère de celle de Janin qu'en ce que les ciseaux avec lesquels on coupe l'iris sont garnis d'une vis transversale qui les empêche de s'éloigner au-delà d'un certain degré (3).

Ch. B. Zang s'écarte fort peu de son illustre

(1) *Ibid.* p. 81. 85.
(2) *Ibid.* p. 93.
(3) Observations sur une pupille artificielle. Paris, 1814.

compatriote Beer, dans tout ce qui a rapport à la chirurgie oculaire. Il se conduit de même que lui dans l'ectropion, l'entropion, la trichiase, le colobome, le ptérygion, l'hydrophthalmie, et l'opération de la pupille artificielle. Mais, dans l'ankyloblépharon total, il conseille, afin de se procurer d'abord une ouverture, de couper transversalement un pli de la peau des paupières soulevé entre les deux cartilages tarses, et de détruire ensuite les adhérences de l'œil avec une spatule ou une lancette d'ivoire, qu'on ne fait agir qu'en pressant. L'opération étant terminée, on prévient la récidive en recommandant au malade de remuer fréquemment l'œil et de dormir peu, mais sur-tout en instillant des substances oléagineuses. L'extirpation est indispensable dans les procidences irréductibles de l'œil, dans l'hydrophthalmie et dans toutes les autres congestions qui menacent de détruire la texture de l'organe, dans les cancers du bulbe et des muscles oculaires, dans les caries de l'orbite, qu'on ne peut point atteindre autrement, dans les staphylomes volumineux compliqués d'autres affections, enfin dans toutes les dégénérescences incurables de l'œil. Quant au manuel de l'opération, Zang fend la commissure externe dans l'étendue d'un demi-pouce ou d'un pouce, saisit l'œil avec un morceau de toile de coton ou un crochet pointu, et se conduit du reste comme à l'ordinaire; mais il recommande de remplir l'orbite avec de la charpie mollette, pour rendre, s'il est possible, les paupières aptes à maintenir dans la suite un œil artificiel (1).

Bonzel, de Rotterdam, opère la corédialyse à peu près comme Langenbeck. Il assujettit l'œil avec un crochet qui, dans le même-temps, tire la paupière

(1) *Darstellung blutiger heilkundiger Operationen*, Th. II, *Wien*. 1814, p. 69.

inférieure en bas, et il soulève la supérieure au moyen d'un autre crochet en fil de fer attaché à un mouchoir qui entoure la tête; la main armée d'une lancette, il ouvre alors la cornée transparente au bord externe, introduit un petit crochet dans la chambre antérieure, le plonge dans l'iris à un quart de ligne du ligament ciliaire, et détache cette membrane avec circonspection (1).

Moore, chirurgien de Belfast, pratiqua la corectomie avec succès, d'après la méthode de Beer; mais il se servit d'un *speculum* pour assujettir l'œil, et il fit, avec le couteau à cataracte, une incision assez étendue depuis un peu au-dessus du diamètre transversal de cette membrane jusqu'à une demi-ligne de la sclérotique, à son bord inférieur (2).

François Reisinger imagina un excellent instrument pour la corédialyse. Il arrive fort souvent que l'iris est elle-même malade, et qu'elle adhère plus fortement que de coutume au ligament ciliaire, de sorte que le crochet simple de Langenbeck et de Bonzel la déchire toujours sans pouvoir la décoller. C'est principalement pour les cas de cette espèce que Reisinger destina ses pinces, dont les deux extrémités dégénèrent en deux minces crochets appliqués exactement l'un contre l'autre. On incise la cornée avec le couteau à cataracte de Beer, ayant l'attention de ne pas le faire, autant que possible, à plus de trois lignes de distance de l'endroit où l'on se propose de détacher l'iris, sans quoi on serait obligé d'arracher celle-ci dans une trop grande étendue pour donner lieu au prolapsus naturel qu'on veut établir. L'incision ne doit avoir qu'une ligne

(1) *Hufeland's Journal der praktischen Heilkunde.* 1815, n.° 1, *Januar.* p. 47.

(2) *Edinburgh medical and surgical journal*, n.° XLVIII, *April*, 1816.

et demie, ou tout au plus deux lignes de longueur. On introduit la pince à crochets fermée et les pointes tournées en bas; on l'enfonce jusqu'à ce qu'elle ait atteint le bord interne de la chambre antérieure, on lui fait faire un tour sur son axe, de manière que les pointes regardent l'iris, et on l'ouvre alors de telle sorte que les crochets se trouvent séparés par une distance d'une ligne au moins, ou de deux lignes au plus; tournant la convexité de ces pointes vers le ligament ciliaire, l'opérateur les enfonce dans l'iris, et ferme les pinces en les tirant doucement à soi; puis appuyant la convexité des crochets contre la face interne de la cornée, il retire l'instrument, et quand l'extrémité en est parvenue à la plaie extérieure, il dégage l'iris, qui se trouve former ainsi une procidence assez considérable. Si l'on avait donné trop d'étendue à l'incision de la cornée, il est probable que cette procidence artificielle se réduirait toujours : dans ce cas, il faudrait peut-être recourir à l'excision, et combiner ainsi la corectomie avec la corédialyse, comme Assalini l'avait déjà proposé. Cette méthode conviendrait aussi lorsque l'iris viendrait, contre toute attente, à se déchirer. Quand cette membrane est fortement tendue par une synéchie antérieure ou par un prolapsus déjà existant, on peut se dispenser de produire ainsi une hernie factice.

Lorsque la cornée n'a conservé sa transparence que dans une très-petite étendue auprès de son bord, et qu'elle est adhérente à l'iris, Reisinger propose de plonger une aiguille à kératonyxis dans le centre de cette membrane, de percer l'iris avec le même instrument, et d'abaisser ou de briser le crystallin; ensuite, de plonger un couteau à cataracte au travers de la cornée et de l'iris, dans l'endroit où se trouve la première piqûre, de porter à travers

cette incision des pinces à crochets dans la chambre postérieure, de saisir le bord de l'iris dans l'endroit convenable, de le détacher et de l'arracher, ou de l'exciser tout-à-fait, de manière à détruire aussi les procès ciliaires, dont les débris s'éloigneront certainement de la pupille artificielle. Si le seul point encore pellucide de la cornée est situé à côté de l'angle externe de l'œil, on peut quelquefois opérer au-dessus du nez avec les pinces à crochets; mais lorsque les circonstances s'y opposent, il faut faire une petite incision à la cornée près de la sclérotique, saisir une étendue aussi grande que possible de l'iris avec les crochets, la tirer à soi, et la couper, ou pratiquer la corédialyse de Schmidt avec l'aiguille courbe de Himly. Enfin, lorsque la pupille naturelle, sans être effacée, se trouve couverte par un leucoma, que la cornée jouit encore de sa transparence près de la grande circonférence, et que le crystallin n'est point opaque, non plus que sa capsule, on doit ouvrir la cornée assez près de son bord, saisir la circonférence pupillaire de l'iris sans toucher à la capsule, l'attirer en dehors, et l'exciser avec des ciseaux; car, dans ce cas, établir un prolapsus à demeure, ne ferait qu'augmenter l'étendue de l'opacité.

Reisinger indique encore plusieurs autres modifications de sa méthode, qu'il serait trop long de rapporter. Il démontre aussi les inconvéniens tant de la corédialyse de Schmidt et de Scarpa, que de la corectomie de Beer. Voulant prévenir les déchiremens qui ont quelquefois lieu dans cette dernière opération, et pouvoir exciser le pli de l'iris sans l'attirer hors de la plaie faite à la cornée, il met en avant l'idée de pince-ciseaux, qu'il ne développe d'ailleurs point (1).

(1) *Darstellung eines neuen Verfahrens, die Mastdarmfistel zu*

Kunstmann a tout récemment ſécondé cette idée à Vienne (en 1817), et ses expériences sur le cadavre ont si bien réussi, que Beer n'a pas conçu une idée défavorable de son nouvel instrument (1).

Ce grand oculiste, qui doutait encore, il y a quelques années, des avantages de l'instrument de Reisinger, l'ayant essayé à plusieurs reprises sur le vivant, ne tarda pas à déclarer, que quand on ne peut pas pratiquer la corectomie, nul n'est plus convenable et plus propre à remplir toutes les indications, quand la main d'un opérateur adroit et exercé le dirige (2).

J. H. F. d'Autenrieth avait imaginé quelque temps auparavant de faire une pupille artificielle en pratiquant une ouverture à la sclérotique (3). Il renouvella cette proposition en 1817. D'abord il fit ressortir les prétendus inconvéniens des autres méthodes usitées pour établir une pupille artificielle, en particulier ceux de la corédialyse, qu'il préfère cependant à la corectomie et à la corétomie latérale. Le principal reproche qu'il adresse à la corédialyse est de rendre la lésion de la capsule crystalline presque inévitable, et de ne pas pouvoir être mise en pratique lorsqu'il existe une cataracte, à moins qu'on ne détruise aussi une partie du cercle et des procès ciliaires, ce qui entraîne toujours de graves inconvéniens. Suivant ce praticien, il se détache facilement aussi une portion du pigment noir de la choroide, qui s'insinue dans la nouvelle pu-

unterbinden, und einer leichten und sichern Methode, kuenstliche Pupillen zu bilden. Augsburg, 1816, *in*-8.° p. 22.

(1) J'ai été témoin de ces expériences, mais j'ignore si on a publié sur elles quelque chose de plus exact, que ce qui a pu donner lieu au jugement défavorable qu'on en a porté dans le *Magasin* de Rust, T. IV, cah. 2, p. 320.

(2) Cours oral de 1817.

(3) *Schmidt, præs. Autenrieth, Diss. de pup. artificiali in sclerotica aperienda. Tubing.* 1814, *in*-4.°

pille, et qui l'obscurcit. Lorsqu'on se trouve contraint de pratiquer la corédialyse, le mieux est toujours de commencer par extraire la cataracte ; si l'on ne veut pas le faire, on doit opérer par-dessus le nez, au moyen des pinces de Reisinger, courbées convenablement, et détacher l'iris dans l'angle externe, où il existe un espace plus considérable entre le ligament ciliaire et la capsule que dans l'angle interne. Le strabisme plus prononcé qui en résulte ne peut point constituer uue objection, car il vaut mieux loucher que de ne pas voir du tout. L'établissement d'un prolapsus artificiel de l'iris lui paraît toujours dangereux et superflu, puisqu'on peut détacher l'iris dans une étendue aussi grande qu'on le juge à propos. En un mot, comme il y a des cas où la corédialyse ne présente que quelques faibles chances en faveur du rétablissement de la vue, et que, même dans les circonstances les plus favorables, c'est toujours une opération fort incertaine, on ne saurait trop recommander d'établir les pupilles artificielles dans la sclérotique. On a reproché, dit Autenrieth, à cette opération que la substance cornée qui referme la plaie de la sclérotique ne tarde pas à devenir opaque, absolument comme la membrane qui se forme après l'excision du staphylome est d'abord pellucide, mais perd bientôt sa transparence. Les nombreuses expériences de Gærtner sur les animaux prouvent que cette objection n'est point fondée. La précaution la plus essentielle à prendre dans l'opération, c'est que l'ouverture de la sclérotique ne corresponde point à celle de la conjonctive, parce qu'autrement, la cicatrice de cette dernière troublerait infailliblement la pellucidité de la nouvelle cornée. Ainsi, Gærtner, après avoir assujetti l'œil au moyen d'un crochet implanté dans la partie

moyenne de la cornée, détache la conjonctive par une incision perpendiculaire le long du bord de cette dernière, et la repousse vers l'angle externe avec le dos du bistouri; il tourne la cornée du côté opposé, à l'aide du crochet, plonge un couteau à cataracte dans la portion dénudée de la conjonctive, le fait ressortir une ou deux lignes plus loin, et produit un lambeau en continuant de pousser l'instrument : on voit survenir aussitôt une procidence du corps vitré, dans laquelle on porte des ciseaux avec lesquels on coupe le lambeau en deux temps, de manière à produire une ouverture ronde; alors on retire le crochet, et on ramène la conjonctive sur cette ouverture, qui se referme et reste désormais transparente (1).

Dans ces derniers temps, les chirurgiens allemands ont imaginé, à l'envi les uns des autres, de nouveaux instrumens pour l'opération de la pupille artificielle, particulièrement d'après la méthode de la corédialyse. Le coréoncion de C. F. Græfe est celui dont la description parut la première. Il se rapproche beaucoup du crochet à canule de Langenbeck, pour la construction et la manière d'agir, et il est composé d'un crochet simple, faiblement courbé, avec un couvre-crochet, qui peut reculer et avancer sans effort, de sorte que l'instrument sert de sonde, de crochet et de pinces : il a sur-tout l'avantage de pouvoir être introduit avec facilité, et de retenir solidement l'iris et le ligament ciliaire. L'autre extrémité de sa tige porte un petit couteau à cataracte, un peu élargi en devant, avec lequel on opère la section de la cornée. L'incision

(1) *Weber, Diss. sistens observationes quasdam in coretodialysin et pupillàm in scleroticâ aperiendam, præs. Autenrieth. Tubing.* 1817.

ne doit avoir qu'une très-petite étendue, parce que le coréoncion lui-même est extrêmement délié et mince. Si l'on fait l'opération chez une personne dont la cornée soit aux trois-quarts opaque, il faut fendre la partie qui ne jouit plus de sa transparence, sans redouter aucune suite fâcheuse. Lorsque la petite incision est achevée, on y introduit le coréoncion fermé, on retire le couvre-crochet, on saisit l'iris près du ligament ciliaire avec le crochet lui-même, on repousse le couvre-crochet afin de la tenir plus solidement, et l'on ramène l'instrument dans la plaie extérieure, où l'on fixe la membrane, pour produire une procidence artificielle de l'iris. Si la plaie de la cornée a trop d'étendue, et qu'il ne soit pas possible d'y engouer l'iris, on doit, comme l'ont conseillé Assalini, Reisinger et Langenbeck, exciser la grande circonférence qu'on a tirée à soi. Lorsqu'on pratique l'opération pour un staphylome volumineux, qui n'a épargné qu'une très-petite partie de la cornée, il faut, à l'exemple de Reisinger, fendre la tumeur et la cornée, puis glisser le coréoncion dans la chambre postérieure, par laquelle on pratique ensuite la corédialyse. Du reste, Juengken, qui a fait connaître l'instrument de Græfe, croit que quand il s'agit d'un staphylome accompagné d'oblitération de la pupille, on doit établir une pupille artificielle dans l'intérêt même de la cornée, puisque la communication étant établie entre les deux chambres, l'absorption reprend une nouvelle énergie, ce qui arrête les progrès du mal. Mais, quelque persuadé qu'il soit que le décollement de l'iris est la méthode qui présente le moins de danger, cependant il ne paraît pas éloigné d'accorder la préférence à la corétomie faite suivant le procédé de Sharp, toutes les fois que l'œil étant

sain du reste, la cécité dépend uniquement de l'atrésie de la pupille (1).

L'un des rédacteurs du *Magasin* de Rust doute que le coréoncion de Græfe puisse être considéré comme un perfectionnement. Il s'étend beaucoup sur les inconvéniens de cet instrument, et cite en particulier la facilité avec laquelle il abandonne l'iris, accident que l'auteur lui a vu produire six fois sur le même œil, malgré qu'il fût conduit par la main de Græfe lui-même. Il rejette le conseil donné par Juengken de pratiquer l'incision de la cornée dans l'endroit même où existe soit le leucoma, soit le staphylome, et fait voir que les cas dans lesquels cet écrivain croit la corétomie indiquée sont précisément ceux où il convient de recourir à la corédialyse (2).

C. H. Dzondi exécute la corédialyse avec un instrument en forme de pince, qui est aussi facile à introduire qu'à retirer, et qui accroche solidement l'iris. Cet instrument est de deux sortes : quand on doit opérer dans un cas de non oblitération de la pupille, il est composé de deux branches semblables pour la forme, arrondies en devant et évidées en dedans; mais lorsqu'on veut s'en servir chez un individu atteint d'atrésie de la pupille, il faut que l'une des branches soit tout-à-fait pointue en devant, de sorte qu'on puisse l'enfoncer dans l'iris, et qu'elle s'adapte si exactement à l'autre, que, quand l'instrument est fermé, elle se trouve trouve tout-à-fait couverte par elle. Du reste, Dzondi a remarqué qu'on peut presque toujours se dispenser d'engager la portion décollée de l'iris dans la plaie de la

(1) *Chr. Juengken, Das Koreoncion, ein Beytrag zur kuenstlichen Pupillenbildung. Berlin und Leipzig*, 1817, *in*-8°

(2) *Rust's Magazin*, T. IV, st. 2, p. 319.

cornée, parce qu'il est fort rare qu'une pupille bien faite vienne à se refermer (1).

CHAPITRE QUINZIÈME.

De la fabrication d'un nez artificiel.

Le premier écrivain qui indique la manière de réparer la perte de certaines parties du corps en les remplaçant par d'autres tirées d'un être vivant, est Celse. Lorsque la déperdition de substance (*curta*) au nez, aux lèvres ou aux oreilles est peu considérable, on peut, dit-il, y remédier; dans le cas contraire, on produirait une difformité plus choquante que celle qui existait auparavant. L'opération ne saurait non plus être pratiquée chez les personnes âgées ou mal saines, parce qu'il suffit de la moindre prédisposition pour qu'elle donne naissance à des ulcères cancéreux. Elle n'a pas pour but de produire un corps nouveau, mais seulement de remplacer la substance détruite par celle qui se trouve aux environs. Toutes les fois qu'il se présente une partie mutilée, on doit commencer par lui donner une forme quarrée, après quoi on la fend transversalement à partir des angles internes, et on réunit ensemble les portions qui ont été détachées par ces incisions. Si cette manœuvre ne réussit pas, on fait sur les côtés de la plaie deux autres incisions demi-circulaires, dont la concavité est tournée en dedans; mais, dans tous les cas, il faut avoir soin de ne pas exercer des tractions trop violentes, qui désuniraient bientôt les parties. On doit aussi

(1) *Kurze Geschichte des klinischen Instituts. Halle*, 1818, p. 154, tab. I, fig. 1. 2. 3.

avoir soin de ne pas tirer la substance destinée à réparer la perte, d'une partie que cet emprunt défigurerait trop. Si un cartilage fait saillie au milieu de celle qu'on veut rajuster, comme jamais il ne se réunirait, on l'excise, mais sans le couper à une trop grande profondeur, de peur de donner naissance à une cavité dans laquelle le pus pourrait s'amasser. On rapproche ensuite les bords écartés, avec l'attention de les coudre ensemble, on couvre les incisions semi-lunaires externes de substances sarcotiques, on employe les fumigations chaudes, ou autres moyens analogues, et on retire les fils le septième jour, époque à laquelle la consolidation a coutume d'être achevée (1).

Celse n'a entendu désigner par le mot *curta* que les fentes dont on peut procurer l'oblitération en réunissant leurs bords. Il est facile de s'en convaincre lorsqu'on compare le texte de son ouvrage avec les passages de Galien et de Paul d'Egine qui traitent de ces mêmes fentes (κολοβώματα). Nous appelons colobome, dit le premier, les vides qui existent aux lèvres, aux ailes du nez et aux oreilles : on les guérit en détachant la peau des deux côtés, excisant les callosités des bords, et réunissant ceux-ci à l'aide de la suture et des emplâtres agglutinatifs (2). Paul d'Egine copie le médecin de Pergame, mais sans parler du nez; il ne fait mention que des lèvres et des oreilles (3).

Tous les Grecs postérieurs à Paul, les Arabes, et les premiers chirurgiens du moyen âge, gardent un profond silence à ce sujet. Lanfranc de Milan, qui vint à Paris vers l'an 1295, est le premier qui le rompe : il dit qu'on a bien raconté que des nez

(1) *Lib.* VII, cap. 9, p. 399.
(2) *Method. med.* lib. XIV (Pars IV, p. 193).
(3) *Lib.* VI, cap. 26, p. 184.

complètement détachés, au point que le blessé les apportait dans sa main, avaient éte appliqués sur la plaie, et s'etaient consolidés, mais que c'est là un mensonge insigne, parce que l'esprit qui préside à la vie, à la nutrition et aux mouvemens, s'éteint instantanément dans une partie séparée du corps. Il indique ensuite fort au long comment on doit s'y prendre pour rajuster au moyen des ligatures et d'un bandage un nez qui tient encore à la face par un lambeau de tégumens (1).

C'est aussi de cette maniere que s'exprime son contemporain Théodoric de Cervia (2), Guy de Chauliac, qui vivait peu de temps après lui (3) et Pierre de la Cerlata, qui a écrit vers la fin du quatorzième siècle (4). Guy de Chauliac sur-tout s'élève contre les jongleurs qui prétendent avoir guéri des nez entièrement détachés du corps, tandis que fort souvent on ne peut pas les réunir, même lorsqu'ils tiennent encore un peu au visage. Jérôme Braunschweig tient le même langage vers la fin du quinzième siècle, et il regarde tous les cas de ce genre comme des faits controuvés (5).

Mais, vers le milieu du quinzième siècle, vivait en Sicile une famille Branca, qui possédait l'art de raccoutrer le nez et les autres parties du visage avec la substance du bras. Les premiers renseignemens sur cette famille et sur cette opération se trouvent dans les *Annales mundi* de Pierre Ranzano, évêque de Lucera, pour l'année 1442. A cette époque, dit Ranzano, florissait le sicilien Branca, le premier des chirurgiens de la terre, puisqu'il a

(1) *Chirurgia magna*, *tract.* II, cap. 2, (l. c. fol. 220. c.)
(2) *Chirurgia*, *lib.* II, cap. 10, (loc. cit. fol. 148 d.)
(3) *Chirurgia magna*, *tr.* III, doctr. II, cap. 12, (l. c. fol. 39. c.)
(4) *Chirurgia*, *lib.* III, *tr.* I, c. 4, (l. c. fol. 66. a.)
(5) *Chirurgia*, *tr.* III, cap. 9, (*Augsburg*, 1534), fol. 60. b.

découvert une chose fort surprenante et presque incroyable, la manière de réparer la perte du nez. Son fils Antoine a perfectionné sa méthode (1). C'est vraisemblablement de Branca le père qu'Elisius Calentius veut parler dans sa lettre à Orpian, qu'il invite à se rendre auprès de lui, parce que le Sicilien lui fera un nez aussi gros qu'il le jugera convenable, soit avec son propre bras, soit avec le nez d'un esclave (2). Baptiste de Grossis (3) et Gilbert Cognatus (4) nous apprennent que Branca était natif de Catane.

Il est possible que l'idée de cet art nouveau ait été apportée d'une manière quelconque en Sicile (et non pas en Calabre), des Indes, où, comme nous le verrons plus tard, on pratiquait déjà quelque chose d'analogue bien des années auparavant. Mais divers motifs empêchent d'admettre l'opinion de Carpue (5) et de Græfe (6), qui prétendent que cette communication a eu lieu par le canal des Arabes. D'abord aucun des écrivains arabes, dont les ouvrages sont parvenus jusqu'à nous, ne dit un seul mot de la rhinoplastique, silence que plusieurs au moins n'auraient point gardé, si l'art avait été répandu parmi leurs compatriotes. En second lieu, les Siciliens n'eurent guères d'autre relation

(1) Ces annales n'existent qu'en manuscrit dans la bibliothèque des Dominicains à Palerme, où Antoine Mongitore en fit un extrait, et publia le passage dont il s'agit dans une note qu'il ajouta au livre de Vincent Auria, intitulé : *La Sicilia inventrice.* — Comparez *J. B. du Bois et N. de Vandenesse*, *An curtæ nares e brachio reficiendæ. Paris.* 1742 : dans *Siegwart*, *Quæst. med. Tubing.* 1759, p. 230. — Eloy, Dict. hist. de la méd. T. IV, p. 358.

(2) *Voyez Gourmelin*, *Synops. chirurg. lib.* I, *cap. de epagoge.* (*Paris.* 1566), p. 76.

(3) *Decachord. Catan. chord.* IX, *mod.* XI.

(4) Dans *Jean Schenck de Graffenberg*, *Obs. med. rarior. lib.* I, *de naribus*, *Obs.* 8, (*Francof.* 1665), p. 184.

(5) *An account of two successful operations for restoring a lost nase. London*, 1816, *in-8.°*

(6) *Rhinoplastik. Berlin*, 1818, p. 17.

avec les Arabes, à dater du onzième siècle, que celle de lire les livres qu'ils ont laissés; car les Sarrasins furent chassés en 1038 par les Normands: au temps des Vêpres siciliennes (1282), il n'y avait plus un seul Arabe en Sicile, et les maisons d'Anjou et d'Arragon cherchèrent à détruire par la puissance des armes ceux qui exerçaient de temps en temps leurs pirateries sur les côtes. On ne peut donc pas supposer qu'il y ait eu entre les deux peuples échange mutuel des arts de la paix. Mais les Missions et les voyages en Orient, qui se multiplièrent tant aux treizième et quatorzième siècles, expliquent d'une manière bien plus vraisemblable comment l'Italie a pu être informée des méthodes suivies dans les Indes. Les principaux voyageurs de cette époque sont Jean de Plano Carpini, Guillaume de Rubruquis, deux moines minorites, et Marco Polo, marchand vénitien, qui passa vingt-huit années dans le Thibet, les Indes et la Chine méridionale. En vain objecterait-on qu'aucun ne parle de l'art de fabriquer les nez, puisqu'ils ne tinrent point de journaux, et que ce fut à leur retour seulement qu'ils écrivirent de mémoire, ou que d'autres publièrent leurs récits merveilleux, de sorte qu'il n'a pu manquer de se glisser une foule d'omissions dans les livres mis au jour à l'occasion de ces voyages.

Quoi qu'il en soit, rien n'empêche non plus d'admettre que Branca inventa lui-même son procédé, ainsi que Ranzano l'assure positivement.

De Sicile, l'art passa en Calabre, où il fut exercé par une famille qui portait le nom de Vianeo, Vioneo ou Bojano (1). Gilbert Cognatus (2), et

(1) *Du Bois et Vandenesse*, l. c. — Eloy, l. c.
(2) *Schenck de Graffenberg*, l. c.

Ch. Fr. Garmann (1), sont les seuls qui désignent un certain Balthazar Pavonus, Sicilien, comme élève de Branca; mais il se peut que ce nom soit une corruption de celui de Bojanus. Le baron Percy parait s'être trompé en disant, d'après Tagliacozzi, que les frères Bojano de Tropea parcoururent l'Europe en remettant le nez à quiconque, l'ayant perdu, s'adressaient à eux pour en avoir un autre, et qu'ils acquirent ainsi des richesses immenses. (2) Le premier de ces réparateurs de nez calabrois fut Vincent Vianeo, de Maida (3) : l'art passa de ses mains entre celles de son neveu Bernardin (4) et de son fils Pierre (5), qui vivaient tous deux à Tropea, bourg de la Calabre, et qui jouirent d'une telle réputation, que leur art fut désigné sous le nom de *magia Tropœensium* (6).

C'est Alexandre Benedetti qui nous donne les premières notions exactes sur ces Calabrois. De mon temps, dit-il (c'est-à-dire, vers le commencement du seizième siècle), on apprit aussi à corriger la difformité du nez : souvent on a vu un lambeau détaché du bras et taillé en forme de nez, être appliqué sur le moignon; ils détachent la peau du bras avec le bistouri, scarifient les narines, attachent le bras à la tête, de manière que les deux plaies soient appliquées l'une contre l'autre; et, quand l'adhésion est parfaite, ils coupent autant de la peau du bras qu'il en faut, puis ils en forment un nouveau nez avec un art admirable. Mais ce nez artificiel supporte difficilement un hiver rude,

(1) *De miraculis mortuorum*, 1670.

(2) Dictionnaire des Sciences médicales, vol. XII, p. 341.

(3) *Fragosi*, *rattato di Tchirurgia*, *tradotto da Grasso*, vol. II, (*Panormi*, 1689), p. 121. — *Schottii italia illustrata.* (*Francof.* 1610), pag. 1060.

(4) Eloy, *loc. cit.*

(5) *Ughelli ital. sacr.* T. IX.

(6) *Campanella*, *De sensu rerum et magiâ*, lib. IV, cap. 11.

et il faut bien se garder de le tirer dans les commencemens, parce qu'on l'arracherait (1).

Gabriel Fallope (2) et André Vésale (3), qui moururent vers 1563 ou 1564, font aussi allusion à ces Calabrois. Mais tous deux rapportent qu'on enlevait réellement un lambeau des fibres charnues du muscle biceps, et Fallope pense qu'il vaut mieux rester mutilé, que de se soumettre aux tourmens d'une opération qui dure jusqu'à douze mois.

On ne saurait décider si Paracelse avait entendu parler du talent des Calabrois pour raccoutrer les nez, ou s'il veut désigner quelqu'autre de ses compatriotes (1). Ce qu'il y a de certain, c'est qu'il n'a pas pu parler de Tagliacozzi, puisqu'il mourut (1541) avant l'époque où celui-ci vint au monde (1546).

Il me paraît très-peu vraisemblable que Léonhard Fioravanti ait, comme le croit Carpue, rapporté l'histoire d'un nez qui fut rajusté quoiqu'ayant été entièrement séparé du corps, dans l'unique vue de tourner en ridicule Tagliacozzi, dont l'ouvrage ne parut que vingt-six ans plus tard. Tout au plus pourrait-il avoir eu en vue les Calabrois (5), puisque Pierre Bojano vivait encore en 1571 (6).

Cependant l'art de raccoutrer les nez se perdit en Calabre vers la fin du seizième siècle. Jean-Baptiste Cortesi, qui parcourut cette province en 1599, s'assura qu'il n'y existait plus aucun Bojano, et

(1) *Anatomia*, lib. IV, cap. 39. (*Opp. Basil.* 1539) p. 1249.

(2) *De decoratione* (*Patav.* 1566), lib. 11, et *De vulneribus in genere* (1571).

(3) *Chirurgia magna*, lib. III, cap. 9. (*Opp. ed. Boerhaavio*, *Lugd. Batav.* 1752), T. II, p. 982.

(4) *Grosse Wundarzney*, *Buch.* I, *Tr.* I, *kap.* 17, p. 16.

(5) *Fioravanti*, *Il tesoro della vita umana. Venez.* 1570.

(6) Eloy, *loc. cit.*

que leur art lui-même était complètement oublié (1).

Mais, sur la fin du siècle, cet art florissait à Bologne, où Gaspard Tagliacozzi l'exerçait avec succès, et contribua plus que tout autre à le faire connaître. Nous ne chercherons point à déterminer s'il l'a inventé lui-même, ce qu'il semble donner à entendre, puisqu'il ne parle ni des Siciliens, ni des Calabrois, ou, s'il l'a reçu de quelques membres de la famille Bojano, comme le pensent la plupart des auteurs (2). Ce qu'il y a de certain, c'est qu'il le pratiqua bien long-temps avant d'écrire son livre, de sorte que quelques-uns de ses contemporains, prenant l'initiative, publièrent avant lui des remarques à ce sujet. Ainsi Paré nous apprend qu'un chirurgien d'Italie raccoutrait les nez avec une adresse surprenante, qu'il taillait une fosse dans le muscle biceps brachial, qu'il y faisait entrer le nez, et qu'il maintenait les deux parties en contact pendant quarante jours. Mais, dans tous les cas, ajoute-t-il, l'opération est extrêmement pénible pour le médecin et pour le malade, et, la différence de la peau, jointe à l'impossibilité de former des narines régulières, en diminuent de beaucoup l'importance. Cependant il raconte lui-même l'histoire d'un chevalier de Saint-Thoan, qui, après avoir porté pendant long-temps un nez d'argent, se soumit à cette opération, à laquelle il dut d'en posséder désormais un charnu et très-bien conformé (1).

Jérome Mercuriali pense aussi qu'on taillait le

(1) *Miscellan. med. dec.* III. — Eloy, T. I, p. 714.
(2) *Cortesi, l. c. — Fabr. ab Aquap. Pentateuch. lib.* II *de vulnerib. cap.* 30 — *Sbaragli ocul. ment. vigil. p.* 197. — *Fallopp. l. c.*
(3) *Opp. lib.* XXII, *cap.* 2, *p.* 619.

nez dans les chairs du bras, malgré que Tagliacozzi lui-même lui eût déjà donné auparavant une idée sommaire de son procédé opératoire (1). Voulant prévenir ces fausses interprétations et autres du même genre, Tagliacozzi écrivit, en 1586, à Mercuriali, une Lettre dans laquelle il se plaignait sur-tout de ce qu'on avait prétendu qu'il enfonçait le moignon du nez dans une incision pratiquée au bras, et qu'une fois l'adhésion faite, il taillait un lambeau de chair, tandis qu'il ne se servait, au contraire, que de la peau pour former le nouveau nez, absolument comme le jardinier qui veut greffer un arbre ne prend que l'écorce d'une bonne branche. Tagliacozzi rapporta en même-temps les noms de plusieurs opérés qui étaient, dit-il, presque plus satisfaits de leur nouveau nez que de celui qu'ils portaient autrefois, et il promit de publier sous peu son grand traité (2).

Cet ouvrage (3) parut effectivement à Venise en 1597; je vais essayer d'en donner un analyse succincte. Dans une introduction très-prolixe, l'auteur s'attache à prouver l'importance du visage et du nez en particulier, par de nombreuses citations tirées des poëtes, des prosateurs, des écrivains profanes et des livres saints. Il annonce ensuite, sans dire un seul mot des Calabrois, que l'art de réparer les nez tire son origine de la greffe des arbres, après quoi il démontre qu'aucune partie ne convient mieux que le bras pour fournir la peau destinée à remplacer la substance perdue. Nous avons vu que, suivant toutes les apparences,

(1) *De decoratione* (*Venet.* 1585). fol. 23. a.
(2) *Jul. Mancini*; *Tractatus duo*, *alter de decoratione*, *alter de reficiendo naso. Francof.* 1586. — *Schenck von Graffenberg*, *loc. cit. Obs.* 10, p. 185.
(3) *De curtorum chirurgiá per insitionem. Venet.* 1597, *in-fol.*

les Calabrois prenaient quelquefois le lambeau nécessaire chez une autre personne que l'individu mutilé : Tagliacozzi convient que la chose est praticable; mais il pense que l'opération serait rarement couronnée de succès, parce qu'il est impossible que deux personnes restent aussi long-temps attachées l'une à l'autre sans se mouvoir. Il prouve en outre que son procédé est exempt de tout danger lorsqu'on n'opère point sur un individu cacochyme, et il détermine les différens degrés de mutilation, ainsi que les difficultés de la restauration qui croissent dans la même proportion. Dans le second livre, il traite fort au long de la manière de préparer le malade, des aides, de la chambre, du lit, des instrumens et des pièces d'appareil. Lorsque tout est bien disposé, l'opérateur soulève plusieurs fois avec les doigts la peau du bras au-dessus du muscle biceps, afin de la rendre plus mobile, puis il la serre entre les deux branches d'une pince, qui sont larges, plates et fenêtrées, plonge un bistouri à travers la portion que la fenêtre laisse à découvert, et la coupe dans toute l'étendue de cette dernière. Alors il passe une bande suffisamment large dans la plaie, enlève la pince avec précaution, et tire tous les jours la bandelette comme un séton. Lorsque l'espèce de pont que forment les tégumens est devenu assez ferme et assez fort par l'emploi des répercussifs, des anti-phlogistiques, des astringens et autres remèdes semblables, et que tous les symptômes d'irritation ont disparu, ce qui a lieu généralement vers le quinzième jour, on coupe ce pont en travers à sa partie supérieure. On croirait, dit Tagliacozzi, qu'il vaut mieux détacher sur le champ le lambeau de trois côtés, parce qu'on épargnerait ainsi du temps, et qu'on éviterait des douleurs au malade; mais alors

il se retirerait trop sur lui-même, et tomberait facilement en gangrène. Quant à cette incision transversale, on la fait à la faveur d'une sonde cannelée, et elle doit être dirigée obliquement de bas en haut, lorsqu'on juge que les deux premières sont un peu trop courtes. On rabat le lambeau qui ne tient plus que par sa base, et on fait cicatriser la plaie le plus promptement possible.

Lorsque le lambeau de peau, que Tagliacozzi appelle *propago*, est bien cicatrisé et sec, on procède à son application. Après avoir bien rasé les cheveux et la barbe, on revet le malade d'une sorte de camisole garnie d'un capuchon qui lui enveloppe parfaitement la tête, et on applique le bandage très-compliqué qui doit maintenir le bras contre la figure. Lorsque tout est bien en ordre, on ôte le bandage qu'on rejette sur le dos; on scarifie le nez de manière à produire une surface unie, saignante par-tout, et de forme triangulaire, et on détache avec des pinces tranchantes ce que le bistouri ne peut atteindre. Ensuite on applique sur la plaie un morceau de papier, qu'on taille de manière à lui donner exactement la même forme qu'elle. On applique ce modèle sur le lambeau de peau du bras, qu'on rafraîchit aussi du côté interne et auquel on donne la forme et la grandeur du papier. Enfin on procède à la coaptation : on garnit d'abord la pièce de rapport, et en second lieu le moignon du nez de fils cirés en nombre suffisant, et qui se correspondent bien : puis on lève le bras vers la tête, et on noue les fils ensemble. Il faut remarquer, comme Tagliacozzi le démontre par une figure mathématique, que les piqûres doivent être un peu plus écartées sur le moignon que sur la pièce de rapport. Enfin on pose le bandage, et on emploie tant les agglutinans à l'extérieur que les suppuratifs à l'intérieur.

Lorsque le nouveau nez adhère bien au moignon, ce qui a lieu presque toujours vers le vingtième jour, on enlève le bandage et le capuchon, tandis que les aides s'assurent du bras, et on excise le lambeau de peau à sa base avec un bistouri bien tranchant; presque au même instant, il devient blanc et froid; mais ce phénomène ne doit point donner d'inquiétude; on fait des fomentations chaudes, et on applique le bandage appelé épervier, tandis que les aides pansent la plaie du bras.

Au bout de quinze jours, temps où le nouveau nez commence à prendre de la force, on glisse au-dessous des tentes enduites d'onguent diapompholygos, et on le couvre de cérat et de substances balsamiques. On mesure ensuite avec un cercle le tiers de la hauteur du visage, ce qui donne la longueur commune du nez; on dessine avec de l'encre la pointe, le bord inférieur des aîles et la cloison de celui-ci; puis, la main armée d'un bistouri bien tranchant, on taille la cloison par une incision droite et les ailes par des incisions courbes, et on introduit des tentes imbibées de blanc d'œuf dans les narines. Tout est cicatrisé ordinairement vers le vingt-unième, le trente-deuxième ou le quarantième jour, et on peut alors procéder à la guérison de la cloison. On scarifie le moignon du septum avec un bistouri particulier, plutôt trop que pas assez profondément; on agit de même pour la nouvelle cloison, et on coud les deux parties ensemble avec des aiguilles courbes.

On peut communément retirer les fils au bout de quatre jours. A cette époque le nez commence toujours à être plus solide, plus vivant et plus semblable au restant du visage: on peut donc s'occuper de lui donner une forme encore plus parfaite. On place dans les narines des tuyaux bien travaillés,

d'abord en plomb, puis en argent ou en or, et sur le nez un couvercle de la même substance, qui peut être doublé en drap pendant l'hiver. On assujettit bien ces tubes et le couvercle ensemble; et le malade doit les porter durant deux années, quoiqu'il puisse quelquefois s'en abstenir pendant le jour et par un temps chaud. Il est sur-tout très-salutaire d'exposer fréquemment le nouveau nez aux rayons du soleil, qui contribuent à lui donner la couleur naturelle. Le fiel de tortue est le meilleur moyen qu'on puisse employer pour effacer les cicatrices.

On peut restaurer les lèvres de la même manière, ajoute Tagliacozzi; seulement il faut, lorsqu'on doit réparer la lèvre inférieure, détacher d'abord le pont des tégumens à l'extrémité inférieure du bras. S'il s'agit de l'oreille, c'est derrière elle, au col, et non plus au bras, qu'on prend le lambeau de peau nécessaire.

Il paraît que Tagliacozzi a pratiqué souvent son opération avec assez de succès, ce qui lui attira de grands honneurs et l'admiration générale : car, lorsqu'il vint à mourir, en 1599, on lui éleva dans l'amphithéâtre d'anatomie de Bologne une statue qui le représentait tenant un nez de la main droite (1).

Parmi les contemporains de ce chirurgien, il en est un grand nombre qui parlent de la réparation du nez avec plus ou moins de connaissance de cause et de jugement. Jérôme Fabrice d'Acquapendente dit dans un endroit qu'on restaure le nez mutilé avec le bras, mais qu'il ne sait rien par expérience à cet égard, et qu'on doit par conséquent consulter les auteurs qui ont écrit *ex professo* sur l'opéra-

(1) *Wagenseil*, *Exercit. varii argumenti*, p. 61. — *Fienus de præc. art. chir. controv. lib.* XII, (*Francof.* 1649), p. 311. — *Tirabosch vol.* VII, 2. p. 160. — Eloy, *loc. cit.*

tion (1). Dans un autre passage, il prétend que cette opération est si longue, si dangereuse et si pénible, qu'on trouverait difficilement quelqu'un qui voulût s'y soumettre deux fois ; qu'on scarifie le nez et le bras, qu'on les unit ensemble par un bandage, et qu'on coupe un petit morceau du bras ; qu'après la guérison on recommence de la même manière, et ainsi de suite, jusqu'à ce qu'une quantité suffisante de peau se trouve attachée au nez. Je pourrais, dit-il, rapporter un grand nombre d'observations relatives à cet objet, si je ne savais pas que l'artiste lui-même a écrit un gros livre dessus (2).

Jean André de la Croix enseigna qu'on peut bien rajuster un nez à demi-abattu, mais qu'on ne saurait en faire reprendre un qui a été complètement séparé du corps. Il rejette l'opération de Tagliacozzi, parce que les parties sont trop dissemblables pour pouvoir bien s'unir ensemble (3).

Fortuné Liceti assure avoir vu Tagliacozzi lui-même opérer à Bologne, et l'adhésion des parties qui a lieu dans cette opération lui sert pour expliquer les monstres doubles (4).

François de Arce dit avoir guéri par la suture, aidée d'un bandage approprié, un nez qui avait été entièrement détaché du front, et qui pendait sur le menton, retenu seulement par une petite languette de peau. Comme la première édition de son livre (5) date de l'année 1574, à peine pouvait-il connaître le procédé de Tagliacozzi, et il ne pa-

(1) *De operat. chirurg. Pars* I, *cap.* 29, (*ed. Francof.* 1620, *in*-8.°) p. 109.
(2) *Pentateuch. lib.* II, *cap.* 30.
(3) *Chirurgia*, *lib.* II, *cap.* 3, (*ed. Venet.* 1596), p. 180.
(4) *De monstris*, *lib.* II, *cap.* 20, (*ed. Amstelod.* 1656), p. 108.
(5) *De rectâ curandorum vulnerum ratione. Antwerp.* 1658.

raît pas non plus avoir entendu parler des Calabrois.

G. Fabrice de Hilden rapporte qu'un chirurgien de Lausanne, nommé Griffon, ayant eu connaissance de l'opération de Tagliacozzi, répara si heureusement, dès l'année 1592, avec la peau du bras, le nez d'une jeune fille qui l'avait perdu par l'effet d'une morsure, que onze années après on pouvait à peine distinguer la cicatrice, et qu'au bout de vingt-un ans le nouveau nez n'avait d'autre défaut que celui de devenir bleuâtre par l'action d'un froid violent (1). M. A. Ulmi prétend aussi avoir pratiqué l'opération dans le même temps que Tagliacozzi, et avoir fait part à ce dernier du cas qui s'offrit à lui (2).

Thomas Fyens, qui a publié un extrait de l'ouvrage de Tagliacozzi, assure avoir vu, avant et après le traitement, plusieurs personnes qui avaient été opérées par ce praticien (3).

François Ranchin se déclara également en faveur de l'opération (4), et j'ai déjà dit plusieurs fois que Schenck de Graffenberg en était grand partisan. Ce dernier nous a transmis l'histoire d'un paysan dont le nez reprit parfaitement, malgré qu'il eût été presqu'entièrement coupé (5), et il a publié une Lettre écrite de Venise, en 1583, par le docteur Martin Holzapffel, dans laquelle Tagliacozzi, qui venait de fabriquer, pour la troisième fois, un nez

(1) *Cent.* III, *Obs.* 31, *p.* 214; *et Epistol.* 67, p. 1006.
(2) *Physiolog. barbæ humanæ, sect.* III, *cap.* 22, (*ed. Venet* 1604), p. 230.
(3) *Loc. cit. lib.* XII. (La première édition parut en 1602).
(4) Question sur le reste des OEuvres de M. Guy de Chauliac. (Paris, 1604), p. 218.
(5) *Schenck*, *l. c. lib.* I, *obs.* 9, p. 185. — *Hollerii chirurgia, lib.* II, cap. 5.

avec les muscles du bras, est signalé comme un des premiers chirurgiens de l'Italie (1).

Jean-Baptiste Cortesi, contemporain et confrère de Tagliacozzi, a donné une description détaillée des instrumens et des procédés, tant de ce chirurgien que de Bojano, et il assure avoir pratiqué lui-même l'opération (2). Le célèbre juriste Paul Zacchias se demande s'il est permis de faire un nouveau nez, par la méthode de Tagliacozzi, au malfaiteur que la loi a condamné à perdre le sien, et décide qu'on ne saurait s'y opposer, d'autant plus que l'opération peut être elle-même considérée comme une punition, à cause du temps qu'elle exige et des douleurs qu'elle occasionne (3).

Jean Vigier paraît avoir copié dans Paré tout ce qu'il dit de l'opération : comme lui, en effet, il la blâme à raison de l'hétérogénéité des parties, et il rapporte aussi l'histoire du chevalier de Saint-Thoan (4).

J. B. Van Helmont raconte sérieusement qu'un Bruxellois, à qui Tagliacozzi avait fabriqué un nez à Bologne avec le bras d'un porte faix, le perdit treize mois après son retour dans sa patrie, à l'instant ou le porte-faix mourut à Bologne. Cet exemple, ajoute-t-il, prouve jusqu'à quelle distance agissent le magnétisme et la sympathie (5). On trouve des histoires du même genre dans Campanella (6),

(1) *Schenck, loc. cit.*
(2) *Cortesius, loc. cit.*
(3) *Quæstiones medico-legales. Francof.* 1688, lib. V.
(4) *Chirurgia magna, lib.* II, *cap.* 20. (*Opp. ed. Haag.* 1659), p. 173.
(5) *De magneticâ vulnerum curatione.* (*Opp.* 1707). §. 23, p. 707. — Haller, *Bibl. chirurg.* vol. I, p. 307), et le baron Percy, (*loc. cit.* p. 343), font dire à tort à Van Helmont : *de cujus* (*bajuli*) nate *fabrefactus fuerat nasus*; je trouve qu'il n'est fait mention que du bras.
(6) *Loc. cit. lib. IV, c.* 11.

Digby (1) et Fludd (2). Ce serait perdre un temps précieux que de s'arrêter à en démontrer l'absurdité.

On ne sait rien sur le compte de Flaminius Crassus, de Tropea en Calabre, que Marc-Aurèle Severino représente comme un habile raccoutreur de nez, car il se contente de le nommer sans en dire davantage. Vraisemblablement il y a ici quelque mal entendu, et Severino veut parler d'un des premiers Bojano (3).

Mais Alexandre Réad connaissait très-bien l'ouvrage de Tagliacozzi, et il attachait tant d'importance à l'opération, qu'il en fit une des parties principales de la chirurgie sous le nom de *prothèse* (4). Charles Bernhard, chirurgien de la reine Anne, la recommanda également beaucoup quelques années plus tard (5).

Philippe Salmuth parle de la rhinoplastique, de manière à faire croire qu'il avait lui-même pratiqué souvent l'opération. Les plus grandes douleurs, dit-il, sont celles qu'on cause en fabriquant la cloison (6).

Henri de Roonhuysen rapporte une observation qui doit également trouver place ici. Ayant à traiter un nez qui avait été fendu dans toute sa longueur, dont les bords étaient déjà devenu calleux, et dont un ignorant voulait remplir le vide avec de la chair de poule, il rafraîchit les bords, les unit par le moyen de la suture entortillée, et, afin de pouvoir

(1) *Oratio de pulvere sympathetico*, p. 96.

(2) *Defense of weapon salve or squeezing of pardon Tosters spungo. London*, 1635, p. 132.

(3) *De recond. absc. naturâ, lib. IV, cap.* 18, *p.* 261.

(4) *Comes chirurgorum. London*, 1687. — Comparez *Carpue*, *loc. cit.*

(5) *Carpue*, *loc. cit.*

(6) *Medicæ observat. cent.* II. *obs.* 23. (*ed. H. Couring. Brunsvic.* 1648, p. 69) — Salmuth veut sans doute désigner la cloison, par le mot *interstitium* dont il se sert.

les fixer aussi aux os du nez, alla même jusqu'à percer ceux-ci avec une alène de cordonnier. Tout se passa bien, et le malade guérit (1). Corneille de Soolingen conseilla ensuite de recourir à ce procédé dans les cas analogues; mais il voulait qu'on laissât séjourner un peu plus long-temps la ligature passée au travers du cartilage, parce que la réunion de ce dernier ne s'opère pas avec autant de promptitude (2). J. Nic. Pfitzer (3) et Georges Frank de Frankenau (4) se prononcèrent de même en faveur de l'opération de Tagliacozzi. Frank recommandait d'y avoir recours aussi pour remédier à la mutilation des autres parties du corps.

Antoine Molinetti rapporte qu'en 1625 son père pratiqua en sa présence cette opération, qui fut couronnée de succès (5); mais ce qui fait naître des doutes sur sa véracité, c'est qu'Henri de Moinichen dit que Molinetti père guérit un nez entièrement détaché du corps, dont il fit la reposition de suite, et qu'il maintint en situation par des ligatures (6). On trouve une observation analogue dans Bern. Christinus: c'est celle d'un nez qui reprit, assure l'auteur, quoiqu'on n'eût procédé à la reposition qu'au bout d'une heure (7).

L. Juncker, qui n'avait évidemment qu'une connaissance très-superficielle de l'opération de Tagliacozzi, la juge impraticable par le motif singulier que les fibres charnues enlevées au bras, se trou-

(1) *Historischer Heilkuren Anmerkungen.* (*Nuernberg*, 1674), *Th. I*, *anm.* 24, p. 89.
(2) *Handgr. der Wundarzney. Th. I*, *kap.* 52, p. 158.
(3) *Vernuenftiges Wunden-Urtheil. Nuernberg*, 1668.
(4) *De restitutione in integrum*, etc. *Heidelberg.* 1672.
(5) *Disquisitiones anatomiæ patholog. Patav.* 1675.
(6) *Observ. med. chir. Hafn.* 1665. — Comp. *Haller*, *Bibl. chirurg.* T. I, p. 372.
(7) *Arcana Riverii*, T. II, (*Genuæ*, 1676).

vant disposées en travers, ne pourraient point prendre de nourriture dans cette direction (1).

M. G. Purmann croyait aussi qu'on coupait des fibres charnues dans cette opération, mais elle ne lui paraît point aussi inexécutable que certains auteurs la représentent, et il prend Dieu à témoin qu'elle a réussi une ou deux fois. Il paraîtrait donc d'après cela que lui-même l'a pratiquée ou qu'il en a été témoin, et, s'il en était ainsi, la chose aurait dû avoir lieu au plus tôt vers le milieu du dix-huitième siècle, puisque Purmann ne commença qu'en 1674 à être bien connu, et qu'il vivait encore à Breslau dans les dernières années du siècle. Cet écrivain traite les récits de Van Helmont et de Digby de contes inventés à plaisir, parce que la pièce de rapport appartient entièrement au nouvel organisme. Du reste, il décrit le procédé opératoire sans trop s'écarter de Tagliacozzi, mais pense qu'il vaut toujours mieux payer une personne pour prendre sur elle le lambeau nécessaire, parce que, de cette manière, l'opéré s'épargne des douleurs, dans le même temps qu'il est moins gêné pour boire et pour manger. (2).

Nicolas de Blégny rapporte le cas d'une personne qui acheta un esclave, lui coupa le nez, et l'appliqua sur-le-champ à un autre individu qui avait perdu cette partie du visage. Lui-même doute cependant que le fait soit vrai; mais il assure qu'un chirurgien appelé Winsault parvint à guérir un nez qui avait été entièrement séparé du corps (3).

J. Munniks soutient qu'avec quelque promptitude qu'on rajuste une portion tout-à-fait détachée du nez, jamais elle ne reprend, et qu'il faut recou-

(1) *Compend. chirurg. absolut. sect.* II, *oper.* 5, *cap.* I, p. 486.
(2) *Chirurg. Lorbeerkr. Th.* I, *kap.* 6, *p.* 65. *Kap.* 31, p. 230.
(3) *Zodiacus gallicus. Genev.* (1679)? *an.* II.

rir à l'opération de Tagliacozzi pour effacer la difformité (1).

J.-B. Verduc parle du fait comme étant à la vérité très-problématique, mais il pense néanmoins qu'on pourrait bien réparer de la même manière diverses autres plaies avec perte de substance, et il trace plusieurs préceptes à cet égard. Il pense que les nez de Tagliacozzi, taillés dans le muscle biceps n'étaient, quoiqu'en aient dit tant d'écrivains, que des masses de chair sans narines et informes (2).

W. Rolfinck paraît considérer l'opération comme une chose assez ordinaire, puisqu'il dit tout simplement que quand le nez manque on en fait un autre à la manière de Tagliacozzi (3). J.-M. Hoffmann s'exprime de même (4).

Cependant, plus il s'écoulait de temps, et plus on commençait à mal comprendre Tagliacozzi : beaucoup de médecins même n'eurent pas honte de le traiter lui-même d'imposteur. Ainsi, P. Dionis nie positivement qu'on puisse faire un nez, et G. de la Faye voulant dans la suite donner plus de poids encore à cette opinion, rapporta qu'il avait essayé inutilement de faire reprendre, chez les animaux, le nez qui leur avait été coupé (5).

De la Vauguyon est tombé dans la même erreur que Paré. Il pense que pour réparer organiquement la perte du nez, il faut enfoncer le moignon scarifié dans une incision faite au bras du malade, ou mieux d'une personne qu'on paie à cet effet; puis, quand l'adhésion s'est opérée, couper

(1) *Chirurgia*, (*ed. Traject. ad Rhenum*, 1689), *lib.* II, *c.* 18, p. 292.

(2) *Chirurg. Schriften*, T. I, cap. 38, p. 128.

(3) *Epithome methodi cognoscendi et curandi corporis affectus*, *Jenæ*. 1655, lib. I, *Pars* II, cap. 3, p. 95.

(4) *Disquis. corp. hum.* (*Altorf.* 1713), p. 335. 341.

(5) Dionis, Cours d'opérations, par de la Faye. Paris, 1751.

un lambeau de chair suffisant, et le tailler pour lui donner la forme qu'il doit avoir. Les anciens, dit-il, faisaient souvent servir leurs esclaves à cet usage (1).

Charles Musitanus était convaincu que le nez taillé dans le bras du malade adhère très-solidement au visage, et il raconte une anecdote plaisante à ce sujet. Un gentil-homme, qui avait perdu le nez en duel, se le fit réparer ainsi; mais comme il n'osait pas se moucher de peur de l'arracher, son chirurgien le saisit par son nouveau nez, et lui fit parcourir toute la maison afin de lui prouver que ses craintes étaient mal fondées (2).

Dans le *Babillard*, gazette anglaise pour les années 1709 et 1710, on conseille aux jeunes gens, dit Carpue, de tenir une conduite régulière, parce qu'on ne trouve pas à tous les coins des rues un Tagliacozzi qui puisse restaurer les nez détruits par la vérole (3).

L. Heister ne croyait pas qu'il fût possible de faire reprendre un nez tout à fait séparé du corps (4). Il doutait aussi de la réalité des opérations de Tagliacozzi, et il ne propose d'autre remède qu'un nez d'argent pour faire disparaître cette mutilation désagréable (5).

Jean Salzmann démontra au contraire que le procédé du chirurgien italien était praticable, et qu'on pouvait même en retirer de grands avantages dans beaucoup de cas (6).

G. Mauquest de la Motte se prononça ouverte-

(1) Traité complet, etc. lib. IV, p. 658.
(2) *Chirurgia theoretico-practica.* (*Opp. ed. Venet.* 1716), *Pars* III, cap. 47.
(3) *Carpue*, *loc. cit.* p. 13.
(4) *Chirurgia*, *Th.* I, *buch.* I, *kap.* 13, p. 105.
(5) *Ibid. Th.* II, *kap.* 66, p. 519.
(6) *Diss. de chirurgiá curtorum. Argentorat.* 1712.

ment contre l'opération de Tagliacozzi. Il faut avoir, dit-il, plus de foi que de raison pour ne pas s'apercevoir que la chose est inexécutable, et que les écrivains qui soutiennent le contraire sont d'insignes menteurs; car, non-seulement il est impossible de tenir le bras immobile et fixé à la tête tout le temps nécessaire pour que l'adhésion parfaite ait lieu, mais encore, comme la peau ne peut jamais suffire, il faut faire au muscle des blessures si considérables, que le bras s'en trouve certainement paralysé; enfin le nouveau nez ne constitue jamais qu'un corps étranger qui doit tomber tôt ou tard en pourriture. En supposant d'ailleurs qu'un pareil morceau de chair puisse contracter des adhérences, jamais il ne peut s'y développer de nerfs ni de vaisseaux, et si l'on a déjà tant de peine à garantir le nez naturel dans un hiver rigoureux, combien n'en éprouverait-on pas à préserver le faux, dans lequel la circulation n'aurait point lieu (1).

L'histoire rapportée par R. C. Garengeot, d'un nez arraché par l'effet d'une morsure, et qu'on parvint cependant à faire reprendre, malgré qu'on ne l'eût reposé qu'au bout de plusieurs heures, est connue de tout le monde (2). Cette histoire, assez facétieuse, a été tournée en ridicule dans une foule de pamphlets, dont un des plus gais (3) a pour auteur Philippe d'Alcrippe, nom sous lequel on présume que Montaulieu se déguisa (4).

Cependant il y avait encore des médecins qui ne doutaient point de la possibilité de la restauration tagliacotienne du nez, parce qu'ils avaient lu

(1) Traité complet de Ch., vol. II, obs. 63, p. 244.
(2) Traité des opér. de Ch., vol. III (ed. Paris, 1731), p. 55.
(3) *Haller, Bibl. chirurg.*, vol. II, p. 139.
(4) Nouvelle fabrique d'excellens traits de vérité, 1731.

eux-mêmes l'ouvrage du praticien italien, et qu'ils en avaient bien saisi le sens. On distingue dans le nombre R. L. Reneaulme de la Garanne qui proposa, pour rendre l'opération plus facile, moins douloureuse et moins longue, de faire en un seul temps l'excision de la peau du nez, et la coaptation des deux parties (1), idée que Græfe a tout récemment saisie et exécutée avec un plein succès, comme nous le verrons bientôt. Reneaulme est du reste dans l'erreur quand il prétend que Branca fut l'élève de Tagliacozzi, tandis qu'il vivait plus de cent ans auparavant.

N. Rosen de Rosenstein employa de même plusieurs argumens pour prouver la possibilité de l'opération tagliaçotienne (2), dont Jean-Baptiste du Bois se montra aussi l'un des plus chauds partisans dans deux savantes dissertations(3). Du Bois, qui la regarde comme une opération chirurgicale très-salutaire rapporte ensuite tous les exemples connus de nez détruits qu'elle a servi à raccoutrer, et réfute les erreurs dans lesquelles sont tombes Paré, Vésale et Fabrice d'Aquapendente. On ne peut disconvenir que la dissemblance des portions de peau destinées à être réunies ne soit très-grande ; mais ce n'est point là un obstacle à leur agglutination : le procedé de Tagliacozzi ne peut point, il est vrai, remédier à l'absence congéniale du nez. Au reste, le conseil donné par Reneaulme est bon en apparence, mais inexécutable à cause de la rétraction qu'éprouve la peau. Enfin il est évidemment beaucoup trop difficile, et même tout à fait impraticable, de prendre la pièce de rapport sur une au-

(1) Histoire de l'Académie des Sciences, 1719. (Paris, 1721), p. 29.
(2) *De chirurgiæ curtorum possibilitate. Upsal.* 1742.
(3) *Dubois et Boyer, quæst. an curtæ nares ex brachio reficiendæ ? Paris.* 1742. — *Dubois et Vandenesse, An curtæ nares et brachio reficiendæ ? Ibid.* 1742.

tre personne. J. Z. Platner parla aussi en faveur du raccoutrement du nez (1).

Presque tous les écrivains qui vinrent ensuite, et jusqu'aux temps les plus rapprochés de nous, rejettent entièrement l'opération tagliacotienne, ou paraissent n'en avoir pas la moindre notion. Ainsi Thomas Fitzmaurice la croyait tout-à-fait impraticable (2), et Frédéric Bœrner ne l'a pas jugée d'une manière plus favorable (3). G. Heuermann (4) n'était point éloigné de regarder la chose entière comme un conte, et il pense que quand bien même une pareille ente animale serait possible, on trouverait peu de personnes qui voulussent s'y soumettre. Plus tard, Chopart et Desault soutinrent qu'un nez artificiel d'argent, de toile gommée ou de papier mâché, attaché au front ou dans les narines par le moyen d'un ressort, doit toujours être préféré au raccoutrement tagliacotien, dans lequel ils pensaient qu'on formait la cloison aux dépens d'une incision faite à la lèvre supérieure (5).

A. T. Richter donna, il est vrai, le conseil d'essayer la reposition d'un nez abattu tout-à-fait; mais il ajouta que quand l'agglutination ne s'opère point, on doit porter un nez de bois ou autre semblable, plutôt que de se soumettre à l'opération tagliacotienne, qui cause beaucoup de douleur, et qui ne remédie qu'imparfaitement à la difformité (6).

Ces écrivains, auxquels on peut encore joindre

(1) *Institut. chirurgiæ rationalis. Lips.* 1755, §. 593, p. 379.
(2) *Quæstiones medicæ XII. Monspel.* 1749.
(3) *Relationes de libris physico-medicis. Viteberg.* 1756.
(4) *Abhandlung von den vornehmsten chirurgischen Operationen*, Th II, p. 401.
(5) *Anleitung zur Kenntniſs aller chirurgischen Krankheiten*, Th. I, p. 76 et 253.
(6) *Anfangsgruende der Wundarzneykunde*, Th. II, p. 24.

Jean Hunter (1) et Petit-Radel (2), sont les seuls qui aient parlé de l'art de raccoutrer les nez pendant la seconde moitié du siècle qui vient de s'écouler. Cependant on trouve, durant cette période, et même auparavant, quelques observations de nez entièrement ou presque entièrement séparés du visage, qu'on parvint à guérir : elles ne seront peut-être point déplacées ici. Ange Nannoni (3) et Hugues Ravaton (4) ont vu reprendre, après l'application de plusieurs points de suture, des nez qui ne tenaient plus qu'à une étroite languette de peau. J. L. Schmucker (5), Pfaff (6), G. Ten Haaff (7), et plusieurs autres (8) ont opéré ou rapportent des cas de semblables repositions. D'un autre côté, P. Camper (9), Verdeil (10), et H. Callisen (11), citent des individus qui sont parvenus, au moyen de différentes machines, à cacher la difformité qui résultait de la perte de leur nez. Callisen recommande aussi avec beaucoup d'instance de réappliquer et de maintenir par des points de suture cette partie du corps lorsqu'elle a été séparée entièrement (1). A. Richerand doute beaucoup du succès de cette pratique; mais il croit que l'observation de Garengeot, dont l'authenticité ne lui paraît pas néan-

(1) *A Treatise on the blood. London*, 1794, p, 208.
(2) Encyclopédie méthodique, 1792, article *nez*.
(3) *Trattato sopra la simplicità di medicare i mali d'attenenza alla chirurgia*. T. I, *Firenze*, 1761.
(4) Traité des playes d'armes à feu. Paris, 1750.—Chirurgie d'armée. Paris, 1768.
(5) *Chirurgische Wahrnehmungen*. Th. I, (*Berlin*, 1774), p. 533.
(6) *Richter's chirurgische Bibliothek*. T. VI, st. 3, p. 514.
(7) *Ibid*. T. VI, p. 514.
(8) Percy, *loc. cit.*
(9) *Aanmerkinge afbeelding en beschryving van een geheel verloorene, maar door konst geheelde neus, en verheemelde*, etc. *Amsterdam*, 1771.
(10) *Richter's chirurgische Bibliothek*, T. IV. st. 2, p. 248.
(11) *Systema chirurgiæ hodiernæ*, Pars II, p. 631.
(12) *Ibid*. Pars I, p. 575.

moins constante, et l'exemple de l'ergot du coq qui croît sur la tête de ce volatile, autorisent à la tenter. A plus forte raison veut-il qu'on réunisse lorsque le lambeau tient encore par un pédicule, quelque étroit que soit celui-ci (1). Du reste, l'opération tagliacotienne ne lui semble pas digne d'une réfutation sérieuse; à la vérité, il n'a point lu l'ouvrage du praticien italien, puisqu'il tombe dans la même erreur que Paré (2).

Tel était l'état des choses, lorsqu'une nouvelle méthode pour raccoutrer le nez fut apportée des Indes orientales. On publia effectivement, en 1794, dans un journal imprimé à Madras, qu'un artiste de Poonah avait taillé un nouveau nez dans la peau du front d'un Indien mutilé par l'ordre du sultan Tippoo, et que ce nez était tellement solide et doué de vie, que l'opéré pouvait se moucher et distinguer les odeurs. Thomas Pennant, qui fit connaître ce fait en Angleterre, annonça seulement d'une manière très-générale qu'on détachait la peau et les muscles du front au moyen de trois incisions, et que, quand la cloison manquait, on y suppléait par quelqu'invention ingénieuse (3).

Deux médecins anglais, Thomas Findlay et Jacques Cruso, qui avaient vu faire plusieurs fois l'opération à Bombay, par un chirurgien Maratte, la décrivirent, à peu près dans le même temps, d'une manière plus précise. Le Maratte figurait avec une plaque mince de cire un nez qu'il appliquait sur le moignon; ensuite il applatissait ce modèle, le collait renversé sur le front, et taillait, en suivant ses contours, un lambeau de peau qui ne tenait qu'à un étroit pédicule entre les deux yeux; alors il dé-

(1) Nosographie chirurgicale, T. I, p. 9. 10. 11.
(2) *Ibid.* p. 387.
(3) *The view of Hindostan. Vol. II. London*, 1798, p. 237.

truisait la cicatrice du moignon, pratiquait au haut de la lèvre supérieure deux incisions pour les aîles du nez, retournait le lambeau frontal, l'ajustait avec soin, et fixait tant les parties latérales, que les ailes et la cloison, avec des ligatures. Quant à la plaie, il la traitait avec diverses substances terreuses et grasses, et vingt-cinq jours après l'opération, il excisait le pont ménagé à la racine du nez. Ces nez artificiels, disent les rapporteurs, sont très-solides, et diffèrent peu des nez naturels. La cicatrice du front s'aperçoit à peine au bout de quelque temps (1).

Suivant les renseignemens fournis par Carpue, cet art existe de temps immémorial dans les Indes, où il se transmet de père en fils dans certaines familles ou castes (2). L'ancienneté du peuple Hindou, l'usage qui règne chez lui de couper le nez à titre de châtiment, et enfin le récit mal interprété peut-être d'Olaüs Magnus, qui dit qu'on a coutume dans les Indes de réparer la perte de substance dans le bec de lièvre avec de la chair de poule (3); toutes ces circonstances attestent que les nations indiennes le connaissent depuis bien des siècles; elles prouvent au moins qu'il s'y pratiquait au commencement du dix-septième siècle; il se pourrait donc que l'opération y ait été répandue avant cette époque, et que la connaissance en soit parvenue d'une manière ou d'une autre aux Italiens.

La méthode indienne fut mise en pratique à

(1) *Gentlemen Magazin*, 1794. — *Carpue*, *loc. cit.* p. 15.
(2) *Carpue*, *loc. cit.* p. 40.
(3) *Historia gentium septentrionalium*. lib. XVIII, cap. II. — Je tire cette citation de Verduc, parce que je n'ai pu rien trouver de semblable dans l'édition d'Olaus (Francfort, 1618), que j'ai parcourue. Cependant Dubois rapporte aussi le passage.

Londres par un chirurgien nommé Lucas, en 1803, mais sans succès. J. C. Carpue (1), après s'être essayé un grand nombre de fois sur les cadavres, l'entreprit pour la première fois, en 1814, sur un homme qui avait perdu la pointe, la cloison et les cartilages du nez par l'effet d'une maladie mercurielle. Suivant en tous points la marche des Hindous, il modela un nez en cire sur le moignon, applatit ce modèle, l'appliqua renversé sur le front, dont il avait bien rasé les poils, et traça sur son contour le lambeau qui lui était nécessaire. Alors il scarifia le moignon du nez, fit une simple incision à la lèvre supérieure pour recevoir la cloison, détacha le lambeau du péricrâne, le retourna, ajusta la cloison et les parties latérales, les fixa par des points de suture et des emplâtres agglutinatifs, et s'empressa de rapprocher les bords de la plaie du front. Au bout de trois jours, la réunion était parfaite, mais le nouveau nez était flasque, et se soulevait à chaque inspiration. Toutes les ligatures furent supprimées le sixième jour. Un écart de régime donna lieu à la séparation de l'aile du nez dans une petite étendue, mais l'opérateur remédia bientôt à cet accident. Au bout de quatre mois, il coupa le pli de la peau à la racine du nez, et réunit la plaie par un point de suture. Le résultat de l'opération fut, à ce qu'il assure, un nez assez semblable à celui que la nature nous accorde.

Carpue suivit le même procédé dans un autre cas où le nez n'était coupé qu'à moitié, et où la cloison existait encore : seulement il rendit les bords de cette dernière saignans, et la réunit à la nouvelle portion qu'il était obligé d'ajouter. Mais comme toute la joue avait été enlevée aussi, l'issue

(1) *Carpue, loc. cit.*

fut moins heureuse, et comme il ne manquait qu'une moitié de l'ancien nez, l'opérateur avait fait le nouveau trop gros : il fut donc obligé de retrancher un lambeau oblong de ce dernier, et réunit les bords de la plaie par la suture entortillée. A l'époque de la publication de son livre, il avait encore la narine à former.

Avant que l'ouvrage de Carpue fût connu en Allemagne, C. F. Græfe (1) avait déjà pratiqué l'opération tagliacotienne à Berlin, en 1816, et l'année suivante il mit la méthode indienne en usage, au même instant où elle était introduite à Munich par Reiner (2), qui avait assisté en Angleterre à la seconde opération de Carpue.

Græfe reprocha avec raison à la méthode tagliacotienne son excessive longueur, et à celle des Indiens le défaut qu'elle a de produire une nouvelle difformité en établissant un cicatrice sur le front. Voulant perfectionner la première, il suivit le conseil donné déjà long-temps avant lui par Reneaulme de ne point attendre que le lambeau de la peau du bras soit cicatrisé, mais de l'unir au moignon du nez aussitôt après qu'il est taillé. Il donna le nom de méthode allemande à cette correction, d'après laquelle lui et plusieurs de ses élèves ont opéré avec succès.

Cependant Græfe n'a rejeté entièrement ni l'une ni l'autre des anciennes méthodes : au contraire il

(1) *Rhinoplastik Berlin*, 1818, *in*-4.°

(2) Le docteur Reiner a eu la complaisance de me faire voir sa malade treize jours après l'opération. Tout était parfaitement cicatrisé. Le nouveau nez avait plutôt une teinte trop rouge qu'une couleur trop pâle : il n'était pas trop plat ; la cloison et les narines avaient la forme qui leur convient. Le pli de la peau à la base du nez ne faisait pas beaucoup de saillie, malgré que le docteur Reiner ne l'eût point encore coupé, et la plaie du front ne présentait déjà plus qu'une fort petite étendue. L'opérateur attribuait principalement ce succès aux fomentations fortifiantes qu'il avait faites sur le nouveau nez, afin de le nourrir par absorption,

a cherché déterminer les cas dans lesquels chacune peut se trouver indiquée. Ainsi la méthode indienne convient sur-tout lorsque les os du nez manquent : hors cette circonstance, on n'y doit recourir que quand les deux autres étant impraticables, le front est d'ailleurs élevé et couvert d'une peau saine. La méthode italienne peut être adoptée, lorsque les deux autres sont interdites par la *vulnérabilité* générale de la peau. Enfin la méthode allemande n'est applicable qu'aux personnes bien portantes, dont la peau est parfaitement saine et la constitution robuste. Au reste, dit Græfe, la méthode italienne, surtout lorsqu'on la modifie à la manière allemande, a, sur l'indienne, l'inappréciable avantage d'épargner une cicatrice au front, de sorte qu'elle mérite toujours la préférence sur cette dernière, quand les circonstances sont favorables pour la mettre à exécution.

Je ne puis faire connaître ici que les particularités les plus essentielles des règles nouvelles, plus précises et un peu différentes de celles qui avaient été établies avant lui, que Græfe trace relativement à chacune des trois opérations. On doit toujours commencer par faire en cire ou en argile fine un beau modèle de nez, calqué par exemple sur celui de l'Apollon du Belvédère, sans cependant perdre de vue les proportions. On ajuste ce modèle sur le moignon, on trace avec un vernis coloré et difficile à effacer, une ligne qui en marque exactement le contour, et l'on dessine ensuite deux excisions longitudinales pour les parties latérales, et une inférieure, transversale, pour la cloison. Les premières, ou les excisions longitudinales, ne doivent point se confondre en haut dans la méthode indienne, tandis qu'il faut qu'elle se réunissent à angle dans les méthodes italienne et allemande. En-

suite, lorsqu'on opère à la manière des Indiens, on mesure bien toutes les dimensions du modèle, et on les transporte sur un papier, de manière à obtenir toute la surface de ce même modèle, qui offre à peu près la figure du pique des cartes à jouer. On découpe cette figure, on l'applique renversée sur le front, et on tire tout autour une ligne tracée avec le vernis coloré, ayant soin en même temps de marquer avec beaucoup d'exactitude l'endroit où les ligatures devront être placées dans la suite, d'abord sur le moignon du nez, ensuite sur le modèle, le papier découpé d'après lui, et enfin la peau du front. Alors on scarifie les trois excisions précédemment marquées sur le moignon, en ménageant autant que possible la substance, mais cherchant toutefois à rendre les deux côtés égaux. L'on applique de suite les ligatures en les passant dans les endroits qui ont été marqués d'abord. On taille et détache le lambeau frontal, on le rabat lorsque l'hémorrhagie est tout à fait appaisée; on le retourne à demi sur son axe, et on passe dans les points désignés les ligatures engagées déjà dans le moignon, qu'on serre ensuite, soit en les nouant, soit avec le serre-nœud de Græfe. On introduit dans les narines des bourdonnets de charpie enduits d'onguent rosat, et on couvre la plaie du front avec des plumasseaux de charpie sèche. Græfe a pu quelquefois retirer toutes les ligatures au bout de trois fois vingt-quatre heures. Lorsque l'agglutination est opérée par-tout, on glisse sous le pli formé à la base du nez par la torsion du lambeau, une sonde cannelée destinée à guider un bistouri avec lequel on coupe ce pli obliquement de bas en haut, de manière qu'il en résulte un petit lambeau qu'on assujettit et qu'on fait cicatriser.

A cette époque, pour donner aux narines la forme qu'elles doivent avoir, on y introduit des canules; un éducteur placé dans ces canules, et qui les tirant en devant forme ainsi la pointe du nez, est fixé à une machine de compression, qui agissant de dehors en dedans sur des plaques de plomb, donne au nez entier la figure qui lui convient. L'opéré doit porter cet appareil pendant tout l'hiver : c'est seulement durant l'été qui suit qu'il peut le négliger peu à peu, afin d'exposer le nouveau nez aux rayons d'un soleil bien ardent, dont Tagliacozzi lui-même vantait l'efficacité pour procurer à cette partie la couleur qu'elle a dans l'état naturel, et pour y rendre la vie plus active.

Græfe exécute la méthode italienne à peu près comme Tagliacozzi. Il mesure le lambeau de la peau du bras avec un morceau de cuir, mais il lui donne toujours six pouces de long sur quatre de large, à cause de la rétraction considérable que les parties doivent éprouver. Il rejette avec raison les pinces fenêtrées dont l'opérateur italien se servait, fait les deux premières incisions avec le bistouri, et détache la peau comprise entre elles avec une sonde mousse. Après avoir coupé l'extrémité supérieure du lambeau, ce qui peut presque toujours avoir lieu dans le cours de la quatrième semaine, il ne rabat pas ce lambeau, ainsi que le faisait Tagliacozzi, mais il se contente d'appliquer dessous des plumasseaux de charpie et des cartes huilées. Du reste il se comporte, à l'égard de la formation de la cloison, etc., comme dans la méthode allemande.

Dans celle-ci, après que le malade a porté quelque temps, pendant la nuit, le bandage unissant, il lui passe d'abord la camisole, en laissant le capuchon rabattu, prend bien ses mesures, et établit

ses calculs, tant sur le moignon que sur le lambeau du bras, marque sur tous les deux les places des ligatures, scarifie le nez de manière que les deux excisions latérales se réunissent à la racine, laisse encore de côté l'excision pour la cloison, et place de suite les ligatures : alors il excise le lambeau brachial sur les côtés et à la partie supérieure, en ménageant autant que possible le tissu cellulaire, et pose les ligatures à la pièce de rapport, pendant que le bras est encore tenu à trois ou quatre pouces de distance du visage. Le serre-nœud est ici d'une grande utilité, puisqu'en nouant les fils on ne peut parvenir à les serrer autant qu'ils doivent l'être. On introduit de la charpie dans les narines, on pose un appareil convenable sur les parties blessées, on place le capuchon de la camisole sur la tête, et on applique le bandage qui maintient le bras invariablement fixé contre le visage.

Lorsque les adhérences sont établies, on coupe l'extrémité inférieure du lambeau brachial : on mesure d'après le modèle la situation et la forme des narines et de la cloison, puis on dessine avec le vernis sur le nouveau nez les incisions que l'on doit faire; on exécute ces incisions avec un bistouri étroit, on excise la cloison avec les ciseaux de Cowper, et on l'assujettit au moyen de deux points de suture. Pour tous les autres détails, l'opération ne diffère en rien de la méthode indienne.

CHAPITRE SEIZIÈME.

Des Opérations qui se pratiquent aux oreilles.

On ne trouve pas un mot dans les anciens sur les deux opérations dont l'histoire doit faire l'objet principal de ce chapitre, la perforation de l'apophyse mastoïde et celle de la membrane du tympan. Cependant il ne sera point inconvenant de commencer par faire connaître les autres procédés opératoires qu'ils ont pu conseiller dans les maladies de l'oreille.

Hippocrate recommande, contre les fluxions qui se jettent sur les oreilles, d'amener les fistules à maturité, et de favoriser l'écoulement par l'application de substances émollientes et froides qu'on introduit au moyen d'un entonnoir particulier, par les ventouses sèches, etc. (1). Mais lorsque les malades sont en proie aux tourmens d'une otalgie violente, il se permet d'user de ruse à leur égard : on s'entoure, dit-il, le doigt avec du coton, et l'on verse de la graisse chaude dans l'oreille, où l'on introduit le morceau de coton, qu'on jette ensuite au feu, comme si l'on avait retiré quelque chose qui fût cause des douleurs (2).

Héraclide de Tarente (3) et Ménophile (4) ont indiqué divers cathérétiques pour réprimer les chairs baveuses qui s'élèvent à la surface des ulcères des oreilles.

Celse propose, contre les inflammations et les tuméfactions de ces parties, un grand nombre de moyens, déjà vantés par d'autres, ou de sa propre

(1) *De locis in homine*, p. 412. 413.
(2) *Epidem. lib.* VI, *sect.* 6. 12, p. 1184.
(3) *Aëtius*, *Tetrab.* II, *serm.* 2, *cap.* 84, p. 349.
(4) *Celsus*, *Lib.* VI, *cap.* 7, §. 2, p. 337.

invention, qu'on introduit, soit avec une seringue particulière, soit avec un entonnoir. On fait l'extraction des vers ou des insectes qui se sont introduits dans le conduit, avec un dilatatoire entouré de coton, et un crochet mousse enduit de poix (1). Lorsqu'il existe atrésie de ce canal, on sonde l'oreille : si l'adhérence ne cède pas, c'est une preuve qu'elle s'étend jusqu'au fond du conduit, et qu'on ne peut point la guérir ; mais si elle cède, on en conclut qu'elle est superficielle, et qu'elle peut être détruite par les caustiques, par le cautère actuel, ou par le bistouri : on entretient l'ouverture béante, en y introduisant une mèche enduite de substances dessiccatives (2).

Ménémaque, Antoine Musa, Chariclès et quelques autres, ont laissé des remèdes contre l'otalgie et les autres maladies de l'oreille (3). Scribonius Largus en désigne aussi un grand nombre (4).

On trouve dans Archigène d'Apamée des règles très-détaillées sur la manière d'extraire les corps étrangers qui se sont introduits dans l'oreille. Ce médecin recommande entre autres les sternutatoires, parce que, quand on a soin de fermer la bouche et de se boucher le nez, l'on chasse le corps étranger de soi-même. Il conseille aussi de sauter à cloche-pied, etc. (5).

Galien parle également d'une seringue particulière pour porter les médicamens dans l'oreille. Lorsqu'il existe dans le conduit auditif des ulcères qui ont mis les os à découvert, on doit, suivant lui, inciser derrière l'oreille, ruginer tout ce qui est

(1) *Loc. cit.* p. 334.
(2) *Lib.* VII, *cap.* 8, p. 398.
(3) *Galen. compos. sec. loc. lib.* I. II. III. V.
(4) *Largus, de composit. medicament. cap.* 5. (*Coll. Steph.* p. 200.)
(5) *Galen. loc. cit. lib. III*, p. 196.

carié, cautériser l'endroit, et ensuite faire cicatriser la plaie. Il se servait d'un cure-oreille pour extraire les corps étrangers (1).

Aëtius (2) et Alexandre de Tralles énumèrent aussi une multitude de remèdes. Alexandre dit, entre autres, qu'on peut se servir d'un tube pour aspirer les corps étrangers contenus dans l'oreille (3).

Paul d'Egine distingue l'occlusion du conduit auditif externe, en celle de naissance et en celle qui est produite par un abcès ou une excroissance fongueuse, en superficielle et en profonde. Cette dernière, l'atrésie profonde, est très-difficile à guérir; mais on doit cependant essayer de la détruire avec un bistouri étroit. Quand la membrane obturatrice est mince, on la perce ou on l'excise sans peine avec le scolopomachairion. Le ptérygotome et le bistouri à polype servent à extirper les excroissances charnues. Après toutes ces opérations, on doit introduire une tente roulée auparavant dans une poudre dessiccative, et s'il survient une hémorrhagie, on l'étanche avec de l'eau froide. Paul partage les corps étrangers qui s'insinuent dans l'oreille, en ceux qui conservent toujours les mêmes dimensions, comme le verre ou les petites pierres, et en ceux qui se gonflent par l'absorption de l'humidité, tels que les haricots, les petits os, etc. Les sondes, les crochets, les pinces, ou une espèce de tube aspirant, sont les instrumens qu'on employe pour les extraire, et lorsqu'on ne peut les retirer ni de cette manière ni par l'emploi des ptarmiques, on doit faire, derrière l'oreille, au-dessous du lobule, une incision demi-circulaire

(1) *Ibid.* p. 187. 194. 201.
(2) *Aëtius tetrab. II, serm. II, cap.* 75, p. 336.
(3) *Alex. Trall. lib. III, cap.* 3, p. 185.

qui pénètre jusque dans le conduit : on retire aisément le corps par cette ouverture, dont il faut ensuite coudre les bords (1).

Les Arabes se sont en général bornés à copier littéralement les Grecs, et sur-tout Paul d'Egine. Cependant Sérapion le jeune (2) et Rhazès (3) conseillent, en outre, le suc des feuilles du pêcher, ou l'huile des amandes de cet arbre, pour mettre à mort les vers contenus dans les oreilles.

Haly-Abbas (4) et Avicenne (5) ne s'écartent point de Paul d'Egine pour ce qui concerne l'atrésie du conduit auditif et l'extraction des corps étrangers qui s'y sont engagés. Avicenne est néanmoins le premier qui fasse mention de l'obturation de cette cavité par le cérumen endurci, cas dans lequel il recommande l'instillation de l'huile d'amandes douces. Il cautérisait les chairs baveuses avec le vert de gris, l'arsenic rouge, et le fort vinaigre, et, pour tirer la sérosité de l'oreille, il remplissait l'une des extrêmités d'une tige de jonc ou de papyrus avec du coton huilé, enfonçait l'autre dans l'oreille, puis mettait le feu au coton : dès que la chaleur se fait sentir aux parties internes, dit-il, on se hâte de retirer le tube, et l'on voit aussitôt la sérosité couler.

Hamech et Mésué le jeune recommandent, d'une manière toute particulière, l'huile de noyaux de pêche ou d'amandes amères, de même qu'un grand nombre d'autres substances amères, pour tuer les vers dans l'oreille. Mésué parle aussi d'un instru-

(1) *Paull. Æginet.* Lib. VI, cap. 23. 24, p. 183.
(2) *Pract. Tr. II, cap.* 12, fol. 13.
(3) *Non. ad Almans. fol.* 33. — *Contin. lib. III, cap.* 1, *fol.* 47, *b. col.* 2.
(4) *Pract. lib. IX, cap.* 30, *fol.* 163.
(5) *Canon, lib. III, fen. IV, tr.* 1, *cap.* 15. 16. 17. 21, *p.* 493.

ment de son invention, dont l'usage est de pomper la sérosité (1).

Abu'l Kasem vante la cautérisation de certains points marqués avec de l'encre, très-près de l'oreille, comme un excellent moyen contre les otalgies violentes (2). Du reste, il copie les Grecs et les Arabes qui l'ont précédé (3). Avenzoar n'offre non plus rien de nouveau (4).

Les chirurgiens italiens du moyen âge ont également peu ajouté aux préceptes des Grecs et des Arabes, dont ils furent les copistes. Cependant Guillaume de Salicet recommande de lier les polypes du conduit auditif avec un fil de soie ou avec un crin de cheval, et d'en cautériser les racines lorsqu'ils sont tombés (5). Pierre de la Cerlata aime mieux laisser en place les corps étrangers qui n'incommodent pas beaucoup, que de les extirper (6); et Jean Arculanus décrit une machine semblable à un courcaillet, qui sert à pomper la sérosité de l'oreille (7).

Jean de Vigo, qui guérit le Pape Jules II d'un abcès très-opiniâtre de l'oreille (8), veut que, dans les polypes du conduit auditif, comme dans ceux du nez (9), on ait recours aux pinces, au fer rouge conduit par une canule, à la ligature ou aux caustiques (10); mais il rejette, avec raison, l'incision proposée par Paul d'Égine, derrière le lobule,

(1) *Mesue, De simpl. et comp. sect I, Pars I, summ. 6, cap.* 7. (*Venet. cum notis Mundini*, 1562), *fol.* 199.
(2) *Chirurgia, lib.* 1, *sect.* 5, p. 25.
(3) *Ibid. lib. II, sect.* 6, p. 126.
(4) *Theïsir. lib. I, tr. VIII, c.* 31, f. *fol.* 8.
(5) *Chirurgia, lib. 1, cap.* 15, *fol.* 308, b.
(6) *Chirurgia, lib. V, tr.* 9, *cap.* 11, *fol.* 103, a.
(7) *Comment. in IX. Rhaz. ad Almans. cap.* 41, *fol.* 71, b.
(8) *Practic. lib. II, tr.* 3, *cap.* 11. 12. 13, *fol.* 44. 45.
(9) *Ibid. cap.* 9, *fol.* 44, a.
(10) *Lib. IV, tr.* 3, *cap.* 6, *fol.* 113, b.

propter loci nervositatem, à moins que la nature ne force de la pratiquer en faisant naître un abcès en cet endroit (1).

Ambroise Paré recommande une machine propre à absorber le pus dans les abcès des oreilles (2). Il parle aussi de conques artificielles qu'on fixe à l'aide de ressorts (3).

Jules-César Aranzi vante beaucoup l'isis de Galien, qui est un onguent très-chargé de précipité rouge, comme un excellent moyen pour détruire les polypes du conduit auditif (4). M. Donatus rapporte le fait d'un noyau de cerise qu'il fut impossible d'extraire par aucun moyen, mais qu'on retira sans peine après qu'il eut poussé son germe, en exerçant des tractions modérées sur ce dernier (5).

Fabrice d'Aquapendente s'éleva contre le conseil qu'avait donné Paul d'Egine d'opérer les atrésies profondes du conduit auditif. Il aime mieux les attaquer avec les caustiques, en s'élevant par degrés du vinaigre à l'acide sulfurique, mais conseille de ne pas trop prolonger l'usage de ces moyens, dans la crainte qu'ils n'attaquent la membrane du tympan. Il rejette aussi l'incision demi-circulaire comme inutile et dangereuse (6).

Fabrice de Hilden a fait connaître des instrumens assez compliqués pour l'extraction des corps étrangers. Si, par exemple, un pois s'est introduit dans l'oreille, on y enfonce un fort tube, dans ce tube un autre, dont l'orifice inférieur est denté, et dans ce second, un foret qui tourne en sens opposé des dents du second tube. Cependant Fabrice convient

(1) *Ibid. cap.* 10, *fol.* 115, a.
(2) *Opp. lib. XII*, *c.* 16, *p.* 387.
(3) *Ibid. lib. XXII*, *c.* 6, *p.* 652.
(4) *De tumor. pr. nat. cap.* 26, *p.* 183.
(4) *De med. hist. mir. lib. II*, *c.* 12, *fol.* 77.
(6) *De oper. chirurg. P. I*, *c.* 41, *p.* 141.

qu'une opération de cette nature exige beaucoup d'adresse, Lui-même s'est servi avec avantage d'un *speculum auris* et d'un cure-oreille (1). Un malade le consulta pour un gros polype qui lui était survenu dans le conduit auditif à la suite de la petite-vérole; Fabrice en fit la ligature avec un fil qu'il appliqua au moyen d'une plaque d'argent courbée en manière de pinces et percée d'un trou à chacune de ses extrémités; il extirpa les débris de la tumeur avec un bistouri qui présentait la forme d'un crochet, et il en cautérisa ensuite les racines (2).

Pierre de Marchettis extirpa un polype analogue, qui bouchait tout le conduit, avec la pince de Fabrice d'Aquapendente, et en consuma les restes avec un fer rouge introduit à la faveur d'une canule fenêtrée (3). M. G. Purmann employa le porte-ligature de Fabrice de Hilden, dans trois cas de polypes volumineux dont cet instrument lui servit à opérer la destruction (4).

Corneille de Soolingen prescrit la plus grande circonspection lorsqu'on fait usage du perforateur de Fabrice de Hilden, dont il recommande le cure-oreille fenêtré et le dilatatoire pour l'extraction des corps étrangers. Afin de pouvoir porter plus profondément un fil à la base des tumeurs polypeuses, il attachait à leur partie antérieure une ligature qui lui servait pour les tirer en dehors. Quant à la perforation du lobule, il l'opérait avec des pinces dont l'une des branches était pourvue d'une canule tranchante, et dont l'autre portait une masse servant de point d'appui (5).

(1) *Obser. chir. cent. I, obs. 4, p.* 15.
(2) *Ibid, cent 3, obs.* 1, *p.* 183, *ff. obs.* 4, *p.* 189.
(3) *Obs. med. chir. syll. obs.* 28, *p.* 68.
(4) *Chir. Lorbeerkranz, Th. I, c.* 40, p. 275.
(5) *Handbuch der Wundarzn. Th. I. c.* 49. 50, *p.* 148, *taf. III*,

Après avoir passé en revue tous les procédés connus pour remédier à l'obturation du conduit auditif et pour le débarasser des corps étrangers, Antoine Nuck conseille de respecter les atrésies profondes (1). Il est le premier qui parle d'un cornet acoustique tourné en spirale et monté sur un pied, dont on peut se servir pour faciliter l'audition, lorsque la surdité résiste à tous les moyens (2).

Pierre Dionis conseille d'introduire une canule de plomb après avoir détruit l'atrésie, et, si le cas l'exige, de pratiquer une incision demi-circulaire derrière l'oreille, pour extraire les corps étrangers (3). J.-B. Verduc préconise aussi cette incision, mais il veut cependant qu'on la fasse plus haut, où il n'y a point de vaisseaux à blesser. Il détruisait les polypes par l'incision, la ligature, ou l'application d'un caustique à la faveur d'une canule fenêtrée (4). On peut retirer les vers des oreilles, en plaçant un morceau de pomme reinette à l'entrée du conduit, et les puces en insinuant dans ce dernier un pinceau fait avec des poils de chien (5). Il refuse d'ajouter foi au récit de Vopisque Fortuné Plemp (6), qui parle d'un individu dont la membrane du tympan fut détruite sans que la faculté d'entendre éprouvât la moindre altération. De la Vauguyon se borne également à répéter ce que ses prédécesseurs avaient dit; mais l'excision et la cautérisation lui paraissent préférables à la ligature, pour détruire les polypes de l'oreille (7).

fig. 10, *taf. IV*, *fig.* 3. — *Stalpart van der Wiel*, *Obs. rar. cent.* 2, *obs. II*, p. 91.

(1) *Obs. et exp. exp.* 14, *p.* 50, *exp.* 15, *p.* 53.

(2) *Taf.* I, *fig* 3.

(3) Cours d'opérations de chirurgie, démonst. 7, fig. 42; p. 535.

(4) *Chirurg. Schriften*, Th. I, c. 25, p. 83, c. 27, p. 91.

(5) *Pathol. chirurg.* Pars II, cap. 11, p. 61.

(6) *Fundamentum medicinæ.* — *Verduc*, *loc. cit.*

(7) Traité complet, etc. ch. 40, p. 600.

H. Reusner conseilla, dans le tintement d'oreille, une canule d'argent doré, afin d'absorber l'air qui occasionne le bruit insolite (1).

C'est ainsi que la chirurgie des oreilles avait toujours suivi uniformément la même marche, lorsqu'Antoine-Marie Valsalva lui fit prendre une direction tout à fait nouvelle par ses importantes découvertes sur la structure de l'oreille interne. Ce fut lui qui démontra le premier que la surdité reconnaît fort souvent pour cause l'obturation des trompes d'Eustache. Il s'aperçut aussi que la caisse du tympan communique avec les cellules de l'apophyse mastoïde, parce, que faisant une fois des injections chez un malade atteint d'une carie de cette dernière, il s'aperçut que le liquide refluait dans l'arrière-gorge (2). Mais je ne trouve point qu'il ait recommandé la perforation de l'apophyse et les injections dans ses cellules, comme un moyen de remédier à l'obturation des trompes d'Eustache. Suivant lui, l'endurcissement du cérumen est une cause fréquente et très-souvent méconnue de la surdité, et l'atrésie congéniale du conduit auditif s'étend presque toujours jusqu'a la membrane du tympan, de manière qu'il faut un chirurgien très-habile pour l'opérer. Valsalva doute encore que la faculté d'entendre puisse se conserver intacte malgré la perforation de la membrane du tympan; il paraît au moins croire qu'elle doit éprouver quelque altération. Les expériences, dit-il, fournissent ici de bien faibles preuves, car on ne peut pas savoir comment les animaux entendent, en admettant même que cette faculté persiste encore chez eux, après qu'on leur a percé le tym-

(1) *Eph. Acad. nat. cur. cent.* 5, obs. 6.
(2) *De aure humanâ* (*Ultraject.* 1707), p. 10.

pan; d'ailleurs les plaies de cette membrane se referment avec beaucoup de facilité, et il peut même s'en reproduire une entièrement nouvelle. Nul moyen ne convient mieux pour évacuer le pus des abcès de l'oreille, que de fermer le nez et la bouche, et de pousser l'air, par les trompes d'Eustache, à travers les petites ouvertures, dont à cette époque presque tous les anatomistes admettaient encore l'existence dans le tympan (1).

Jean Munniks affirme que la membrane du tympan n'est point indispensable pour entendre; mais il n'indique aucun moyen contre la carie de l'apophyse mastoïde. Il ne prescrivit non plus, dans l'obturation des trompes d'Eustache, que des remèdes généraux, délayans et incisifs, ou la fumée de tabac, qu'on doit chercher à faire passer dans ces conduits en se fermant bien la bouche et le nez. Lorsqu'une personne qui avait été sourde pendant long-temps, recouvre tout-à-coup la faculté d'entendre, Munniks pense que cet effet dépend de ce qu'un hasard heureux a favorisé la désobstruction des trompes (2).

Comme G. Chéselden avait souvent remarqué que l'ouie ne souffrait point malgré qu'il y eût une perforation au tympan, il se flatta de parvenir à la rétablir, lorsqu'elle serait abolie par une dégénérescence de la membrane, en pratiquant une ouverture à cette dernière. Mais un essai qu'il fit sur un criminel n'ayant pas réussi, l'opération tomba dans un oubli

(1) Suivant Callisen, Arneman, Schreger et autres, Riolan et Rolfinck avaient conseillé la perforation de l'apophyse mastoïde avant Valsalva; mais je n'ai rien rencontré qui le prouvât dans leurs écrits, où je n'ai pu trouver que quelques remarques sur la communication des cellules mastoïdiennes avec la caisse du tympan.

(2) *Diss. de auditu. Ultraject.* 1710.

d'où elle ne fut tirée qu'au bout d'un certain laps de temps (1).

Les expériences qui furent faites à cette époque pour injecter les trompes d'Eustache par la bouche ou par le nez, afin de les désobstruer, prouvent combien peu l'observation, faite par Valsalva, de l'écoulement par la bouche du liquide poussé dans les cellules mastoïdiennes, avait influé sur la pratique, et combien on était encore éloigné de songer à perforer l'apophyse pour pratiquer des injections. Guyot inventa une seringue destinée à pousser celle-ci par le nez (2). L. Heister ne parle point de l'obturation des trompes d'Eustache, et il ne traite que de l'atrésie, des corps étrangers dans l'oreille, des polypes, etc, comme ses prédécesseurs (3). Mauquest de la Motte indique, pour l'extraction des corps étrangers, des pinces qui remplissent en même temps l'office de dilatatoire, par le moyen d'un ressort; il se servit de cet instrument pour retirer un pois qui s'était gonflé dans l'oreille, et une épingle (4). Archibald Cleland proposa également une espèce de *speculum auris*, et un instrument propre à pousser des injections dans les trompes d'Eustache par le nez (5).

Julien Busson pensait que quand il s'est formé une collection purulente derrière le tympan, on doit inciser cette membrane et donner issue au pus, sans quoi il attaque les os, s'épanche dans les cellules de l'apophyse mastoïde, et produit de cette manière une foule d'accidens fâcheux; mais il croyait aussi que l'opération est extrêmement dan-

(1) *Anatomy of human body*, p. 306, (*ed.* 1741).
(2) Hist. de l'Acad. de Paris, 1724.
(3) *Chirurgie*, Th. II, c. 58, p. 505.
(4) Traité complet de chirurgie, vol. III, obs. 43, p. 221.
(5) *Philos. transact.* 1741, n.° 461, p. 848.

gereuse, et que les indications en sont fort difficiles à établir, parce que le diagnostic des collections purulentes elles-mêmes présente beaucoup d'obscurité. Quand même cependant il n'en serait point ainsi, continue ce praticien, nous possédons un bon moyen pour porter sans peine dans la caisse du tympan des médicamens propres à atténuer le pus et à le faire évacuer par les trompes d'Eustache; ce moyen consiste à inspirer des vapeurs émollientes, à fermer la bouche et le nez, et à faire ensuite de grands efforts pour expirer : les vapeurs pénètrent ainsi le long des trompes d'Eustache jusque dans l'endroit où leur action incisive et émolliente est nécessaire (1).

Mais, à cette époque, beaucoup de praticiens insistèrent sur les avantages des injections dans les trompes d'Eustache. Antoine Petit voulait qu'on les fît par le nez avec une canule courbée (2), et Jean Douglas suivit ce procédé avec succès (3). Jonathan Wathen soutint qu'un grand nombre de surdités, survenues à la suite d'un refroidissement, ne proviennent que de l'oblitération des trompes d'Eustache, et qu'elles cèdent souvent, d'une manière presqu'instantanée, à l'impression d'un bruit violent, parce que l'air, en pénétrant avec force, chasse devant lui la matière qui fermait le passage. Le meilleur moyen pour remédier à ces occlusions est de recourir aux injections dans les trompes d'Eustache, et, malgré que le diagnostic présente souvent de grandes difficultés, l'opération est néanmoins si aisée, si peu douloureuse, et tellement

(1) *Busson et Dienert, ergo absque membranæ tympani apertura topica in concham injici possunt. Paris*, 1742. — Dans *Haller, Diss. chirurg.* vol II, p. 285

(2) Anatomie chirurgicale, Paris. 1753.

(3) *Philos. transact.* vol. XLIX, 1755. *Pars* I, n.° 35, p. 213.

exempte de danger, qu'il serait à propos d'y recourir quand on ne découvre point la cause de la surdité dans l'oreille externe, ou que les autres moyens ont tous échoué. Seulement, continue Wathen, il est impossible de faire les injections par la bouche, comme Guyot l'avait proposé, mais très-facile au contraire de suivre le conseil de Petit, et de les faire par le nez. Il a quelquefois suffi de la simple introduction de la sonde par cette voie pour diminuer la dureté d'oreille. Lorsqu'il s'agissait de faire les injections, Wathen se servait de canules longues, minces et coudées en devant, à l'autre extrémité desquelles il vissait une petite seringue après les avoir introduites dans la trompe.

G. ten Haaff (1) et G. Heuermann se prononcèrent en faveur de la méthode de Guyot. Rien n'est plus facile, dit Heuermann, lorsqu'on connaît bien les rapports anatomiques des parties, et qu'on s'est exercé pendant quelque temps sur le cadavre, que de porter dans l'orifice de la trompe d'Eustache, derrière les parties molles du palais, et un peu de côté, une petite sonde de femme légèrement coudée. On peut ensuite visser une seringue à l'extrémité du cathéter, pour faire des injections émollientes ou détersives qui désobstrueront certainement le conduit. Ce même écrivain dit qu'à la suite d'un abcès de l'oreille, le pus pénétra dans les cellules mastoïdiennes, et se fraya par là une issue au-dehors, ce qui produisit derrière l'oreille une fistule par laquelle on pouvait pousser des injections, dont la matière sortait par la bouche et par le conduit auditif externe. Ce qu'il y aurait de mieux à faire dans ce cas, suivant

(1) *Verhandelingen van het bataafsch Genootschap te Rotterdam. Deel* V, p. 216.

lui, ce serait d'appliquer le trépan, afin que le pus n'étendît pas plus loin ses ravages dans le tissu spongieux de l'apophyse mastoïde : mais il ne trace point la marche à suivre pour exécuter cette opération (1).

Jean-Louis Petit conseille aussi de mettre à nud l'apophyse mastoïde lorsqu'elle se trouve frappée de carie à la suite d'un abcès dans l'oreille, et de la perforer avec le trépan exfoliatif. Il a vu mourir un malade, chez lequel on avait refusé de suivre son avis. Un autre, qui était dans le même cas, fut sauvé parce qu'avec le marteau et la gouge on enleva une assez grande portion de l'apophyse, pour mettre le foyer du pus à découvert. D'autres malades, chez lesquels on employa le trépan exfoliatif, ne furent pas moins heureux (2).

Voulant mettre fin à un flux purulent par l'oreille, S. Morand trépana l'os temporal qui était carié, ouvrit la dure-mère sous laquelle le pus avait établi son foyer, plaça ensuite une canule dans l'ouverture produite par la couronne de trépan, et parvint de cette manière à guérir radicalement le malade (3).

Ces observations, et quelques autres du même genre, publiées par Martin, préludaient à la découverte de la perforation de l'apophyse mastoïde (4).

D'un autre côté, on s'occupa beaucoup, durant cette période, des moyens de remédier à l'occlusion du conduit auditif externe. Les recherches de Haygarth, sur la solubilité du cérumen dans différens fluides, démontrèrent que l'eau est celui qu'il con-

(1) *Abhandlung von den vornehmsten Operationen*, Th. III, p. 180.
(2) Traité des maladies chirurgicales, Paris, 1774, vol. I, chap. 4, §. 4, p. 153.
(3) Opuscule de chirurgie, Paris, 1768. — *Richter's chirurg. Biblioth.* T. I, p. 124.
(5) Journal de médecine, vol. XXX.

vient le mieux d'employer, et que c'est elle qui doit former la base des injections dans la surdité produite par l'endurcissement de cette substance excrémentitielle (1).

O. Acrel tua des vers dans le conduit auditif, qui causaient un grand nombre d'accidens fâcheux, en injectant une décoction de *Ledum palustre* (2).

Nous avons de Levechin un Mémoire fort étendu sur les atrésies du conduit auditif. Quand une membrane bouche l'orifice extérieur, on la fend en croix avec une lancette, et l'on introduit une tente dans l'ouverture pour l'empêcher de se refermer. Les membranes situées à une plus grande profondeur ne se reconnaissent ordinairement qu'à l'état de surdité et de mutité du sujet; mais on peut souvent aussi les apercevoir en relevant le pavillon de l'oreille et faisant plonger la lumière d'une bougie dans le conduit. Lorsqu'on les reconnaît, on les incise, et l'on tient les lèvres de la plaie écartées au moyen d'un bout de bougie. Si la pellicule est placée immédiatement devant la membrane du tympan, il faut la consumer avec la pierre infernale. Quand le conduit auditif est oblitéré dans toute sa longueur, on s'abstient de toute opération si le mal n'existe que d'un côté; mais si la difformité se rencontre des deux côtés, on enfonce un trois-quarts jusqu'à la profondeur convenable, puis on introduit une corde à boyau. Les rétrécissemens du canal, qui ne dépendent point du cartilage, cèdent souvent à l'emploi des bougies et des cordes à boyau. Quant aux corps étrangers, on les extrait avec un crochet mince et plat; mais on ne doit

(1) *Medical observat. and inquiries*, vol. VI.
(2) *Richter's chirurg. Biblioth.* T. IV, p. 458.

point pratiquer d'incision derrière l'oreille, parce qu'elle se trouverait toujours en deçà du corps à extraire. Le déchirement de la membrane du tympan produit une surdité incurable. Levechin a traité encore de beaucoup d'autres affections du labyrinthe, de la trompe d'Eustache, etc. (1), qu'il est impossible, suivant Richter, de jamais reconnaître (2).

On peut bien, suivant B. Bell, acquérir, à force de s'exercer sur le cadavre, l'habileté nécessaire pour porter des sondes et des seringues dans la trompe d'Eustache, par la bouche ou par le nez; mais on n'y saurait jamais parvenir chez l'homme vivant. Le praticien anglais rejette donc tous les procédés inventés pour opérer la désobstruction de ces canaux. A l'égard des moyens de remédier à l'atrésie et à l'obturation du conduit auditif par le cérumen ou par un corps étranger, il s'écarte fort peu de la route qui avait été tracée par ses prédécesseurs. Il veut qu'on excise toujours les polypes, ou, quand ils sont situés trop profondément, qu'on en fasse la ligature au moyen de courtes canules doubles, parce que leur solidité les rend difficiles à arracher. Il propose des cornets acoustiques de différentes formes pour remédier à une espèce de surdité qui dépend du relâchement de la membrane du tympan (3).

Chopart et Desault répétèrent le conseil donné par Busson, d'inspirer des vapeurs et d'exécuter des efforts pour les rejeter après avoir fermé la bouche et le nez; mais ils pensaient néanmoins que des injections faites avec un cathéter introduit par la bouche, ou mieux par le nez, seraient encore plus

(1) Prix de l'Acad. de chirurg. vol. IX, 1778.
(2) *Chirurgische Bibliothek*, T. 4, p. 733.
(3) *Lehrbegriff der Wundarzney*, Th. III, p. 618.

efficaces. Ils voulaient qu'on s'empressât d'ouvrir les abcès de la région mastoïdienne, et qu'on enlevât les portions cariées avec la rugine, le trépan, ou le couteau lenticulaire, ou même qu'on appliquât les cautères actuel et potentiel. Les abcès derrière le tympan, se vident dans la bouche, par la trompe d'Eustache, ou dans les cellules mastoïdiennes, ou dans l'oreille externe, après avoir détruit la membrane.

Comme la corédialyse, avant d'être inventée, avait été pressentie par une foule de cas dans lesquels on avait vu l'iris se détacher accidentellement du ligament ciliaire, de même aussi ce ne fut qu'après avoir recueilli toutes les observations dont il a été parlé jusqu'ici, qu'on conçut l'idée de guérir la surdité due à l'oblitération des trompes d'Eustache, en perforant l'apophyse mastoïde, et faisant des injections à travers ses cellules. Le premier qui tenta l'opération dans cette vue fut Jasser, chirurgien de l'un des régimens de l'armée prussienne. Un malade éprouvait de vives douleurs dans l'oreille : Jasser lui ouvrit un dépôt à la région mastoïdienne, trouva l'apophyse cariée, et fit des injections à travers les ouvertures auxquelles la carie avait donné naissance; le liquide ressortit par le nez, et les douleurs se calmèrent. L'individu était sourd de l'autre oreille : Jasser le délivra de son infirmité en trépanant l'apophyse mastoïde et injectant de la teinture de myrrhe. Ne pourrait-on pas, disait-il, recourir à cette opération pour guérir des surdités réputées jusqu'aujourd'hui incurables (1)?

Plusieurs expériences, faites par F. G. H. Fielitz, permirent bientôt de répondre à cette question par

(1) *Schmucker's vermischte Schriften*, T. III, p. 113.

l'affirmative. Fielitz pratiqua d'abord l'opération de Jasser sur les deux oreilles d'une femme, chez laquelle une longue fièvre quarte avait laissé une surdité accompagnée de bourdonnemens d'oreilles. Après avoir perforé les apophyses mastoïdes, il fit pendant quatre jours des injections, qui sortirent chaque fois par le nez avec une couleur blanche : l'ouie se trouva parfaitement rétablie. L'opération n'eut pas une issue moins heureuse dans une surdité compliquée de violentes douleurs périodiques et d'un écoulement de pus fétide : Fielitz injecta une décoction de ciguë pendant douze jours (1). Un enfant qui n'entendait ce qu'on lui disait qu'au milieu d'un grand bruit, tel que celui d'un moulin, recouvra également l'ouie lorsqu'on lui eût injecté, pendant quinze jours, une infusion d'écorce de saule, de romarin et de lavande. Dans tous ces cas, les liquides coulèrent de même par les trompes d'Eustache (2).

Un anonyme, qu'on présume être Falkenberg, fit encore mieux connaître tant l'opération de Jasser que les injections de Guyot et de Wathen : il recommanda d'une manière très-instante de recourir à ces deux genres de médication plus souvent qu'on ne le faisait (3).

Tandis que Sims, en Angleterre, s'efforçait encore de désobstruer les trompes d'Eustache, soit en faisant des injections par la bouche ou par le nez, soit en dirigeant un fort courant d'air vers ces canaux par l'éternuement, l'insufflation, etc. (4), la perforation de l'apophyse mastoïde voyait

(1) *Richter's chirurg. Biblioth.* T. VIII, p. 524.
(2) *Ibid.* T. IX, p. 555.
(3) *Wiederherstellung de Gehœrs durch eine chirurgische Operation. Altenburg*, 1788.
(4) Dans les *Mem. of the medical society of London*, *vol.* I. *London*, 1787.

chaque jour le nombre de ses partisans se multiplier en Allemagne.

A. F. Lœffler pratiqua cette opération dans un cas de surdité dont il lui fut impossible de découvrir la cause, et qui se montra rebelle à tous les moyens. En exécutant la perforation, le trépan perforatif n'ayant à traverser que des parois fort minces, s'enfonça tout d'un coup dans les cellules mastoïdiennes, de sorte que Lœffler conseille de le garnir d'un rebord qui l'empêche de pénétrer avec autant de promptitude : le malade recouvra la faculté d'entendre aussitôt que l'apophyse fut ouverte. Les injections ne traversèrent pas les trompes, aussi ne les répéta-t-on pas ; mais dès qu'on couvrit l'ouverture avec les pièces d'appareil, le malade devint aussi sourd qu'auparavant, et à plus forte raison, il le demeura lorsque la guérison fut achevée. Lœffler répéta pour lors l'opération, mais fit l'incision cruciale des tégumens un jour avant la perforation de l'apophyse, afin qu'il ne pût pas s'introduire de sang dans les cellules de cette dernière. Il maintint l'ouverture de l'os béante par le moyen de cordes à boyau et de sondes de plomb rendues graduellement plus volumineuses. Le malade recouvra l'ouïe pour toujours (1).

Quoique cet exemple servît à prouver que la simple perforation, sans injections subséquentes, peut guérir certaines surdités en rétablissant la communication entre la caisse du tympan et l'atmosphère, cependant il fallait que d'autres expériences moins heureuses vinssent apprendre dans quels cas on ne devait point entreprendre l'opéra-

(1) *Beytraege zur Arzneywissenschaft. Leipzig*, 1791. — *Richter's chirurg. Biblioth.* T. X, p. 613. T. XII, p. 602.

tion, qu'on avait pratiquée jusqu'alors sans être guidé par des indications précises. Hagstrœm fit un de ces essais malheureux : il dénuda l'apophyse mastoïde, par une incision d'un pouce d'étendue, chez un sujet sourd à la suite de la syphilis et peut-être d'une maladie mercurielle, la perfora, et fit des injections : le fluide ne sortit point, le malade éprouva des maux de tête cruels, et perdit connaissance. Hagstrœm s'aperçut que l'opération n'était point indiquée dans ce cas, où l'occlusion des trompes dépendait vraisemblablement de cicatrices laissées par des ulcères vénériens; mais il détermina les circonstances suivantes, comme pouvant permettre et exigeant même qu'on y ait recours : les congestions de matières âcres dans les cellules mastoïdiennes ou dans la caisse du tympan; l'obturation des trompes par des substances analogues, la carie des osselets de l'ouie; enfin une certaine rigidité des parties molles de la caisse du tympan, qu'il faut combattre par les émolliens, ou une immobilité des osselets à laquelle on doit porter remède. Mais comme ces cas sont souvent fort difficiles à reconnaître, il est toujours prudent lorsque les autres moyens manquent leur effet, de tenter l'opération, qui par elle-même ne présente aucune difficulté, et ne cause point de douleur. On peut bien désobstruer la trompe d'Eustache en faisant des injections par la bouche, mais cette méthode présente beaucoup de difficultés, et le liquide ne pénètre jamais jusque dans les cellules mastoïdiennes. Quant au manuel de l'opération, voici quelles sont les règles qu'a tracées Hagstrœm. Si la nature a déjà frayé la voie en établissant une fistule, on profite de cette ouverture, et on l'agrandit. Dans tous les autres cas, on incise la peau depuis la base jusqu'au sommet de l'apophyse

mastoïde, et aussi loin que possible en arrière, pour éviter l'artère auriculaire postérieure : un poinçon, un trois-quarts ou un foret vaut mieux pour percer l'os qu'un trépan perforatif, qui s'enfonce trop facilement. On dirige l'ouverture d'arrière en avant, et l'on a soin de ne la faire ni trop haut ni trop bas, pour ne pas manquer les cellules ; on sonde aussi de temps en temps, afin de s'assurer si l'on a ou non pénétré. Du reste, Hagstrœm faisait l'incision extérieure et la perforation en deux temps différens, par la même raison que Lœffler. Il conseille de pousser un peu les injections, mais sans employer trop de force, afin qu'elles puissent surmonter les obstacles, sans cependant déchirer la membrane du tympan (1).

O. Acrel vit bien, dans deux cas, des surdités incomplètes, accompagnées de maux de tête et de vertiges, céder à la chute de portions considérables des cellules mastoïdiennes ; mais il pense néanmoins que l'issue de l'opération serait toujours très-douteuse, si on la pratiquait chez une personne dont l'apophyse fût parfaitement saine (2).

Les recherches anatomiques de A. Murray sur les cellules mastoïdiennes et sur leur connexion avec la caisse du tympan, apprirent qu'elles manquent tout à fait avant l'époque de la puberté, ou du moins qu'elles ne sont encore développées que d'une manière très-imparfaite, mais qu'une fois formées, elles communiquent toujours avec la caisse : que la plus grande ou la plus superficielle se trouve ordinairement au milieu de l'apophyse, à huit lignes au-dessus de son sommet ; que c'est par con-

(1) *Neue Abhaudlungen der Schwedischen Akademie der Wissenschaften*, T. X, 1787. *Leipzig*. 1791.
(2) *Ibid.*

séquent en cet endroit qu'on doit faire la perforation, mais qu'il faut s'abstenir de l'opération chez les sujets peu avancés en âge (1).

Les oblitérations légères des trompes d'Eustache cèdent quelquefois, suivant Henri Callisen, aux sternutatoires et à l'action d'expulser l'air, la bouche et le nez étant fermés ; mais quand elles sont plus graves, elles exigent les injections, qu'on peut faire par la bouche chez certains individus, dans le fond de l'arrière-gorge desquels on découvre l'orifice des trompes, après avoir soulevé le voile du palais. Mais il est bien plus facile d'agir par le nez : on glisse sur le plancher des fosses nasales, et presque jusqu'au palais, une canule mince, légèrement recourbée, dont la convexité regarde en haut ; on tourne l'extrémité de cet instrument en dehors ; une sensation particulière qu'éprouve le malade, et l'immobilité de la canule annoncent qu'on se trouve réellement dans la trompe ; on visse une seringue sur la canule, et on injecte la quantité d'eau nécessaire. Quelquefois cette méthode est également impraticable ; on peut alors recourir à la perforation de l'apophyse mastoïde et aux injections par cette voie (2).

Callisen éprouva néanmoins que cette apophyse est quelquefois aussi pleine et solide chez les adultes. Quelque temps après la publication de son Manuel, il pratiqua l'opération, de concert avec Kœlpin, sur le docteur Berger ; quoiqu'il eût percé jusqu'à la profondeur de trois lignes, cependant il ne rencontra point de cellules ; les injections ne passèrent pas dans la trompe d'Eustache, mais elles déterminèrent des accidens très-

(1) *Ibid.*
(2) *Princip. syst. chir. hod. Pars* II, *Hafn.* 1790, p. 221.

redoutables; après la mort du malade, on trouva que l'apophyse ne renfermait presque pas de cellules, et qu'il y avait un épanchement à la base du cerveau. Prost fit la même opération sur une personne complètement sourde; une décoction tiède de camomille qu'il injecta sortit par le nez; mais les injections causèrent des douleurs de tête et l'évanouissement : l'ouie n'etait pas améliorée deux mois après, époque de la cicatrisation de la plaie. Callisen conclut de là qu'on ne peut espérer quelque succès de l'opération de Jasser que quand la carie de l'apophyse est la cause de la surdité, ou que l'état du malade donne à présumer que cette apophyse est cariée, ou enfin quand on a la certitude qu'il existe un épanchement dans la caisse du tympan; mais jamais, suivant lui, on ne pourra guérir l'obstruction des trompes par des injections dans les cellules mastoïdiennes, et, dans toutes les expériences qui ont été faites sur le cadavre, on a vu le liquide déchirer la membrane du tympan, plutôt que de surmonter le moindre obstacle contenu dans les trompes. Le praticien danois pense au contraire que le succès de l'opération dépend de l'entière perméabilité de ces dernières, et cependant il dit lui-même qu'elle n'a été utile que quand le fluide injecté coulait trouble et laiteux par les narines, de manière que l'effet des injections paraîtrait se borner, suivant lui, à délayer ou à dissoudre et à expulser les matières âcres et visqueuses. Au reste il prescrit de faire la perforation à la partie postérieure et externe de l'apophyse, dans le milieu d'une ligne tirée du centre de l'orifice du conduit auditif externe à la base de cette éminence, et de n'y procéder que quand les os ont été parfaitement dépouillés des parties molles qui les couvrent, et que l'hémorrhagie s'est arrêtée. On peut se servir

à cet effet d'un trépan perforatif; mais il faut soulever souvent l'instrument pour sonder, et le diriger toujours en dedans et en devant. Lorsque le malade n'entend point après la perforation, il est permis d'essayer quelques injections douces, qu'on doit cesser aussitôt qu'il se manifeste le plus léger accident (1).

Beaucoup de surdités, enseigna J. Erh. Trampel, ne dépendent que de la surabondance et de l'endurcissement du cérumen. Le meilleur moyen pour y remédier, outre celui, qu'on ne saurait trop recommander, de faire porter des boucles d'oreilles au malade, consiste à injecter une dissolution tiède de sel marin dans de l'eau pure. Comme le diagnostic présente souvent beaucoup d'obscurité, il serait bon de commencer par faire l'essai de ce moyen innocent dans toutes les surdités dont on ignore la cause. On détruit les excroissances polypeuses du conduit auditif en les touchant à plusieurs reprises avec l'acide nitrique, après quoi on les enlève avec des pinces, ou bien on les fait tomber au moyen des injections. Trampel ne permet la perforation de l'apophyse mastoïde que quand il s'est amassé du pus dans les cellules, et les injections par les trompes d'Eustache ne lui paraissent propres qu'à rendre le malade encore plus sourd qu'il ne l'est. On doit leur préférer les efforts pour expirer, la bouche et le nez étant fermés, ce qui réussit parfaitement à désobstruer les canaux (2).

J. Arneman, qui déjà, dix ans auparavant, s'était montré partisan de la méthode de Jasser (3), recommande cette opération avec beaucoup d'ins-

(1) *Act. Reg. Soc. med. Hafniensis*, *vol.* III. *Hafniæ*, 1792, *p.* 420.
(2) *Wie erhaelt man sein Gehær gut? Pyrmont*, 1800, *in*-8.°
(3) *Bemerkungen ueber die Durchbohrung des Proc. mast. in gewissen Faellen der Taubheit. Gœttingen*, 1792.

tance dans les surdités complètes qui ont résisté à tous les moyens, dans la suppuration et la carie des cellules mastoïdiennes, dans l'obstruction des trompes d'Eustache, et dans les douleurs et bourdonnemens continuels d'oreille. Il fait une incision longue d'un pouce sur le milieu de l'apophyse, racle le périoste, cherche avec le doigt un endroit qui présente quelqu'aspérité, et là exécute la perforation avec beaucoup de prudence; on peut faire ensuite des injections extrêmement douces, mais le mieux, dit-il, est d'attendre quelque temps, pour s'assurer si l'on ne court aucun risque en les pratiquant. Arneman pense que les injections par le nez ne présentent point de difficultés, si on les considère en elles-mêmes, et qu'on manquerait rarement l'orifice du conduit, mais que les malades ont peine à supporter l'irritation qu'elles produisent, et que d'ailleurs elle auraient beaucoup de peine à faire disparaître une obsturation réelle (1).

Plusieurs faits apprirent à Astley Cooper que la membrane du tympan peut être percée sans qu'il soit porté aucune atteinte aux fonctions de l'oreille : il crut seulement remarquer que les malades entendaient alors de moins loin (2). Ces observations lui firent naître l'idée de perforer le tympan dans le cas d'occlusion des trompes d'Eustache, afin de remplacer jusqu'à un certain point ces dernières. En effet, un coryza violent, l'état squirrheux des amygdales, des ulcères au fond de la gorge, des épanchemens de sang dans la caisse, et un resserrement de leurs propres parois, peuvent leur faire perdre la perméabilité dont elles ont besoin, et, dans tous ces cas, pense Cooper, la per-

(1) *System der Chirurgie* Th. II (1802), p. 259.
(2) *Philos. transact.* 1800, *part.* I, p. 151.

foration de la membrane du tympan serait d'une grande utilité. Trois expériences tentées sur le vivant ont été couronnées d'un succès si complet, que l'ouie s'est rétablie chez les trois opérés dans toute son intégrité. Cooper, armé d'un petit trois-quarts, qui excède d'un huitième de ligne la canule, soulève la conque de l'oreille, et, exposant le fond du conduit aux rayons du soleil, plonge cet instrument dans la partie inférieure et antérieure de la membrane, qui est la plus apparente, en prenant bien garde de blesser, soit la paroi correspondante de la caisse, soit le manche du marteau. Les circonstances qui permettent de recourir à cette perforation sont : l'absence d'un sentiment de pression dans l'oreille lorsque le malade cherche à expirer avec force après avoir fermé la bouche et le nez; l'audition du bruit que fait le mouvement d'une montre appliquée contre la tête ou tenue entre les dents; l'absence du bruissement d'oreilles, semblable à celui qu'on éprouve communément dans la surdité nerveuse; enfin l'existence antérieure d'une affection de l'arrière-gorge: toutes ces circonstances annoncent que l'oblitération des trompes d'Eustache est l'unique cause de la surdité. Du reste, continue Cooper, l'opération est facile, exempte de danger, et nullement douloureuse. Si elle ne produit point de résultat favorable, on est certain qu'elle ne peut jamais nuire, et si elle ne remédie point à la surdité qu'on appelle amaurotique, c'est-à-dire à la surdité nerveuse, au moins diminue-t-elle le bourdonnement qui l'accompagne, et qui est si à charge aux malades (1).

Arneman confirma la justesse de ces remarques et l'excellence de ces préceptes; mais une aiguille

(1) *Ibid.* 1801, P. II, p. 435.

plate à cataracte lui paraissait préférable au trois-quarts de Cooper, qu'il trouvait incommode et trop lourd (1).

A. Richerand conseille l'éponge préparée pour dilater le conduit auditif, lorsqu'il est naturellement rétréci. La membrane du tympan s'épaissit quelquefois, par exemple à la suite d'une angine : ce praticien veut qu'alors on la perfore en y appliquant la pierre infernale à plusieurs reprises (2).

J. B. Paroisse guérit instantanément aussi une surdité qui durait depuis huit ans, qu'aucun moyen n'avait pu faire disparaître, et qui tenait sans doute à l'obstruction des trompes d'Eustache, en perçant le tympan avec une sonde triangulaire et pointue (3). Mais A. Dubois pratiqua quatre fois l'opération sans succès (4).

C. Himly revendiqua l'honneur de la découverte de cette opération, assurant qu'il l'avait conseillée, dès l'année 1797, dans ses cours publics, comme un bon moyen pour remédier à l'occlusion des trompes d'Eustache, mais que Cooper avait bien pu la pratiquer avant lui, s'étant trouvé dans des circonstances plus favorables, et que Michaëlis, de Marbourg, était dans l'erreur en pensant être le premier qui l'eût fait connaître aux Allemands, dans le courant de l'été 1806. Il prouva aussi, par le récit de plusieurs cas dont l'issue fut fâcheuse, que la perforation de la membrane ne peut être d'aucune utilité, ni dans les surdités congéniales, ni dans les maladies du nerf acoustique en général. Elle est formellemeut indiquée dans l'obturation des trompes d'Eustache, et toutes les craintes

(1) *System der Chirurgie*, *loc. cit.*
(2) Nosographie chirurgicale, T. I, p. 366.
(3) Opuscules de chirurgie, Paris, 1806, p. 307.
(4) *Cooper*, *Dictionary of pratical surgery*, p. 337.

qu'elle pourrait inspirer doivent disparaître dans ce cas; mais il n'en est peut-être pas un seul autre dans lequel elle puisse procurer le moindre soulagement. Si l'on veut néanmoins la pratiquer à titre d'essai, il faut se servir d'une aiguille à tricoter pointue : quand l'expérience réussit, on cherche à dilater l'ouverture au moyen d'instrumens appropriés, et si le résultat est nul, la petite piqûre ne tarde pas à se refermer. En général les ouvertures faites à la membrane du tympan, même lorsqu'elles ont beaucoup d'étendue, s'oblitèrent facilement, de sorte que très-souvent on est obligé de répéter plusieurs fois l'opération; Himly lui-même s'est vu dans la nécessité de la faire quatre fois de suite sur la même oreille. Cette oblitération a sur-tout lieu quand on emploie le trois-quarts de Cooper; il vaut donc mieux se servir d'un instrument carré, creusé sur ses faces et tranchant sur ses angles, ou d'un autre analogue à l'emporte-pièce des selliers. Cependant on n'est pas encore certain que la plaie ne se cicatrisera pas, et Himly a vu une ouverture faite avec l'emporte-pièce, qui ne tarda point à disparaître (1). Il assure, d'après le témoignage d'un voyageur digne de foi, que Cooper lui-même se plaignait de ce que les opérés ne tardaient pas à redevenir sourds, parce que le trou pratiqué à leur membrane du tympan se rebouchait (2).

J. F. Fuchs prétendit que la perforation du tympan ne peut être d'aucune utilité lorsque les trompes d'Eustache sont obstruées : il se servait d'une aiguille cachée dans une canule qu'elle ne pouvait dépasser que d'une ligne; mais il remarqua qu'après l'opération le cérumen s'introduisait quelque-

(1) *Salzburg. med. chir. Zeitung*, 1806, p. 37. — *Himly*, *Comment. de perforatione tympani. Gœtting.* 1808.

(2) *Hannæversches Magazin*, 1806, *st.* 63.

fois dans la caisse du tympan, où il devenait la source d'accidens graves. Fuchs recommandait la perforation de l'apophyse mastoïde dans les cas où les trompes d'Eustache ne sont plus perméables, assurant toutefois qu'on ne peut compter sur le succès de cette opération qu'autant qu'on voit le fluide injecté sortir par la bouche et le nez (1).

Charles Bell conseille à la vérité de perforer la membrane du tympan, pour rétablir la communication entre la caisse et l'atmosphère, quand les trompes sont bouchées, mais il ne paraît pas trop compter sur le succès. La trépanation de l'apophyse mastoïde ne lui semble nécessaire que quand on se trouve obligé de procurer une issue au pus contenu dans les cellules, afin qu'il ne se jette pas du côté du cerveau (2). Il veut qu'on arrache les polypes du conduit auditif quand on est certain qu'ils n'adhèrent point à la membrane du tympan : dans le cas contraire, on en saisit les racines entre les branches d'une pince, qu'on maintient rapprochées et serrées jusqu'à la chute de l'excroissance (3).

Jean-Nepomucène Rust guérit instantanément et sans récidive, par la perforation du tympan, des surdités qui paraissaient dépendre de l'oblitération des trompes d'Eustache. Il fit cette opération avec un petit trois-quarts, dont l'extrémité supérieure était garnie d'un anneau qui l'empêchait de s'enfoncer trop avant (4).

Suivant C. B. Zang, la perforation du tympan est indiquée dans l'oblitération des trompes, les congestions de la caisse, la raideur, l'épaississe-

(1) *Disquis de perforat membranæ tympani. Jenæ*, 1810.
(2) *A system of operative surgery. London*, 1814, vol. II, p. 173.
(3) *Ibid.* p. 206.
(4) *Salzb. med. chir. Zeit.* 1813, p. 190.

ment et l'ossification de la membrane; peut-être pourrait-on aussi, dit-il, y recourir dans les atrésies du conduit auditif externe qui s'étendent jusqu'au tympan. Mais quoiqu'il avoue que l'opération est fort indifférente sous le rapport des inconvéniens qui peuvent en résulter, cependant, comme l'issue n'en est jamais certaine quant au succès, il veut qu'on ne se décide à la pratiquer qu'après avoir épuisé tous les autres moyens et acquis la conviction intime de leur inefficacité. Pour la faire, on soulève le pavillon de l'oreille, afin de rendre la membrane plus apparente, on perce celle-ci, au-dessous du manche du marteau, avec le trois-quarts de Rust, une aiguille à cataracte plate et retenue par une saillie, ou le trois-quarts à gaîne de Cooper, et l'on introduit ensuite une corde à boyau dans l'ouverture pour l'empêcher de se refermer.

Zang pense que la perforation de l'apophyse mastoïde est indiquée non-seulement dans l'obturation des trompes et les abcès de la caisse ou des cellules, mais encore dans les caries de l'éminence, les bourdonnemens et douleurs d'oreilles chroniques, la surdité rebelle à tous les traitemens méthodiques, et enfin une disposition particulière du nerf acoustique qu'on ne saurait mieux indiquer. Les contre-indications sont l'âge peu avancé du sujet, qui n'a pas encore atteint sa dix-septième année, et les vices de conformation du conduit auditif, à l'exception de ceux dont le siége n'est établi que dans les trompes d'Eustache. Au reste, Zang soutient que l'opération n'entraîne pas le moindre danger, mais que l'issue en est incertaine, et il l'exécute absolument comme ses prédécesseurs. Si on la pratique dans l'unique vue de remplacer les trompes obstruées, il faut entretenir l'ouverture béante en y insinuant des sondes de plomb. Mais si l'on se

propose de chasser une substance étrangère contenue dans l'intérieur de l'oreille, d'agir sur le nerf acoustique, ou de guérir une gangrène interne, il faut injecter des liqueurs très-douces, dont la natnre varie suivant les indications particulières qui se présentent à remplir (1).

CHAPITRE DIX-SEPTIÈME.

Des Opérations qui se pratiquent sur les dents et sur l'antre d'Highmore.

De même que l'art du dentiste forme aujourd'hui une branche distincte de la chirurgie, et qu'il est cultivé exclusivement par une seule classe de praticiens, de même aussi nous trouvons que, dès les temps les plus reculés, chez les Egyptiens, il était réservé à une caste particulière, qui s'y consacrait toute entière (2). Cependant il n'était pas tout à fait étranger non plus aux médecins de l'antiquité, puisqu'on rapporte qu'Esculape III, le fils d'Arsippe et d'Arsinoë, commença par arracher des dents (3). Il paraît qu'on avait déjà donné, dans les temps fabuleux, des préceptes contre l'évulsion inconsidérée de ces petits os; car Erasistrate parle d'un *odontagogue* en plomb, qui était suspendu dans le temple de Delphes, pour indiquer qu'il ne fallait arracher que des dents tout à fait ébranlées (4).

Ce précepte est aussi celui qu'Hippocrate recommande avant tout. Arrachez, dit-il, les dents cariées et branlantes; mais quand elles ne sont ni cariées, ni mobiles, et qu'elles causent cependant

(1) *Darstellung blut. heilk. Operationen*, Th. II, p. 293.
(2) *Herodot. Euterpe*, p. 70.
(3) *Cicero*, *De naturâ deorum*, *lib.* III, *cap.* 22.
(4) Dans *Cæl. Aurel. morb. chron. lib.* II, *cap.* 4, p. 375.

des douleurs violentes, il faut les cautériser (1). Héraclide de Tarente et Hérophile attestent qu'on a vu des individus mourir par suite de l'évulsion d'une dent (2). Hippocrate indique en outre un remède contre la fétidité de l'haleine et la couleur noire des dents (3), et Ménémaque en fait connaître un contre les dents creuses (4).

Celse a donné un aperçu assez complet de toutes les opérations qui ont rapport aux dents. Il conseille de ne pas trop se hâter d'enlever ces dernières, quand elles sont creuses, à moins qu'on n'y soit forcé par des circonstances impérieuses. Lorsqu'une douleur très-vive oblige de recourir à ce moyen extrême, on introduit, soit du poivre mondé de son enveloppe, soit des baies de lierre dans la caverne de la dent, ou bien on l'entoure de résine, dans laquelle on a incorporé des aiguillons brûlés et pulvérisés de raie bouclée, ce qui la fait tomber par morceaux. Si l'on enfonce de l'alun *scissile* (5) entouré de coton dans la dent, on la conserve tout en appaisant la douleur (6). Une dent creuse dont les pointes et les angles blessent la langue doit être limée. On excise complètement la parulie; et, lorsque les fistules dentaires sont entretenues par la carie, on doit, après en avoir fendu le trajet, arracher la dent gâtée, enlever les pièces osseuses dont le tissu pourrait être altéré, et ruginer l'os tout entier (7).

Quand les dents commencent à vaciller par suite

(1) *De affectibus*, *ed. cit.* p. 517.
(2) *Cæl. Aurel. loc. cit.*
(3) *De morbis mulierum*, *lib.* II, p. 666.
(4) *Celsus*, *lib.* VI, *cap.* 9, p. 346.
(5) C'est probablement l'alun ordinaire, par opposition à l'alun calciné.
(6) *Celsus*, *loc. cit.*
(7) *Celsus*, *c.* 12. 13, p. 35.

de la faiblesse de leurs racines, ou de la consomption de la gencive, on touche cette dernière avec le fer rouge, après quoi on l'enduit de miel. Mais si la douleur ou d'autres causes semblables rendent l'évulsion nécessaire, on commence par détacher la gencive autour de la dent, puis on l'ébranle jusqu'à ce qu'elle devienne très-mobile, car ce n'est pas sans de grands dangers qu'on arracherait une dent solidement fixée, puisqu'on courrait le risque de luxer la mâchoire, ou, si l'on opérait sur la mâchoire supérieure, d'ébranler avec force les yeux et les tempes. On l'enlève ensuite, autant que possible, avec les doigts, ou, si l'on ne peut y parvenir, avec des pinces, ayant soin néanmoins, quand elle est creuse, de remplir sa caverne avec un petit morceau de toile ou de plomb, afin qu'elle ne s'écrase pas par la pression de l'instrument. Quant à celui-ci, on le fait agir directement de bas en haut, afin que les racines, en se courbant, ne brisent pas l'os mince qui forme le rebord alvéolaire. Il arrive quelquefois, sur-tout lorsque la dent dont on se propose de faire l'extraction est petite, qu'on saisit en même-temps qu'elle une portion de la mâchoire, et quand il coule plus de sang qu'à l'ordinaire, c'est une preuve que l'os a été attaqué : on doit, dans ce cas, fendre la gencive, et extraire la pièce osseuse détachée avec des pinces, parce que, sans cette précaution, la machoire entière se tuméfierait. Après l'opération, on applique un cataplasme de figues et de farine d'orge, pour amener l'abcès à maturité, on ouvre ce dernier, et l'on cherche à retirer les esquilles, ou l'on rugine l'os, qui, sans être partagé en plusieurs parcelles, se trouve corrodé par la carie.

Celse ruginait une dent cariée jusqu'à ce qu'il ne restât plus aucune portion noire, puis il

l'enduisait d'un mélange de feuilles de rose, de noix de galle et de myrrhe. Il affermissait les dents branlantes avec un fil d'or attaché à la voisine, et quand une nouvelle dent poussait chez les enfans, avant que l'ancienne fût tombée, il arrachait celle-ci, et appuyait sur l'autre, afin de la contraindre à prendre la place qu'elle devait avoir. Les chicots ou portions de racines qui restent dans l'alvéole après l'évulsion d'une dent, s'arrachent avec la pince que les Grecs appellaient ῥιζάγρα (1).

Parmi les nombreuses poudres dentifrices qui furent imaginées par les anciens, on distingue celle de Damocrate, dont Galien a donné la recette en vers (2), et celle d'Octavie, sœur d'Auguste, qu'on trouve dans Scribonius Largus (3).

Scribonius, qui ne fait guères que rapporter des formules dans tout ce qui concerne la chirurgie, abandonne ici son empirisme ordinaire, et trace des préceptes fort judicieux. Je sais bien, dit-il, que beaucoup de personnes pensent qu'il n'y a pas de meilleur moyen contre l'odontalgie que l'évulsion, mais il en est cependant un grand nombre qu'on peut employer avec succès avant d'en venir là. Il ne faut pas procéder sur le champ à l'extraction, même lorsque la carie existe, et l'on commence par enlever la portion gâtée avec l'instrument tranchant : cette ablation se fait sans douleurs, et ce qui reste de la dent est ensuite tout aussi bon qu'une dent parfaitement saine. Les violentes odontalgies cèdent quelquefois à divers médicamens employés en lotions, en fumigations, en masticatoires, ou appliqués sur la partie malade. On raffermit les dents branlantes avec une décoction

(1) *Lib.* VIII, *cap.* 12, p. 402.
(2) *Galen. compos. sec. loc. lib.* V, (*pars* II, p. 236).
(3) *Scrib. Larg. de comp. med. cap.* 11, (*coll. Steph.* p. 201).

de racine de patience dans du vin ou dans du lait d'ânesse. Scribonius indique aussi différentes préparations dentifrices ou autres (1), dont on trouve également dans Galien un grand nombre qui ont été inventées par Andromaque, Antiphanes, Aristocrates, Dioclès, Criton et Témocrate (2).

Archigènes recommande de laver les dents douloureuses avec du fort vinaigre chaud, dans lequel on a fait bouillir des noix de galles ou des baies d'alkékenge. Il introduisait dans les dents creuses du sulfate de fer avec de la térébenthine, ou un mélange de poivre et d'huile de noix ou d'amandes, dont il instillait aussi quelques gouttes dans l'oreille. Il entourait les dents altérées dans leur couleur, et en quelque sorte enflammées, d'un mélange de natron rouge (3), de noyaux de pêche et de résine, jusqu'à ce que la douleur fût dissipée. Il indique plusieurs moyens pour prévenir le saignement des gencives (4).

Apollonius Migmatopoles a fait connaître des préparations analogues, et tracé plusieurs préceptes relativement à l'emploi des bains de vapeur et à la cautérisation des dents creuses. Les injections dans le nez et les oreilles lui paraissaient propres à guérir l'odontalgie (5).

Galien démontra que les dents ne sont pas aussi dépourvues de sensibilité qu'on croyait pouvoir le déduire de ce qu'elles ne font point éprouver de douleur lorsqu'on les lime. Il s'assura sur lui-même que la douleur réside dans le petit nerf que

(1) *Scrib. Larg. loc. cit. cap.* 10, (*coll. Steph.* p. 201).

(2) *Galen. loc. cit.* p. 234.

(3) Le natron coloré en rouge, tel qu'il s'effleurit à la surface de la terre près de Tripoli et en Syrie.

(4) *Ibid.* p. 230.

(5) *Ibid.*

renferme la racine, et que la substance des dents peut très-bien s'enflammer, comme l'annoncent les douleurs pulsatives qu'on y ressent, la couleur noirâtre qu'elle acquiert, et l'efficacité des antiphlogistiques pour dissiper ces accidens. Comme la vacillation des dents par défaut de nourriture, telle que celle qui s'observe chez les personnes âgées, ne dépend pas des os eux-mêmes, mais des parties qui les entourent, Galien n'indique d'autre moyen pour y porter remède, que de chercher à corroborer les gencives. Il avertit aussi, avec beaucoup de sagacité, que, quand on veut guérir l'odontalgie, il faut s'attacher sur-tout à en connaître la cause, et que si l'on parvient à éloigner celle-ci, les douleurs s'appaisent d'elles-mêmes. La carie dentaire provient également de causes internes dans un grand nombre de cas. Galien vante sur-tout contre l'odontalgie les bains de vapeurs, et l'introduction d'une boulette de cire, qu'on enfonce et qu'on presse bien au moyen d'une sonde. Lorsque le mal se montre rebelle à tout, on perfore la dent avec un petit trépan, et l'on recommence à mettre les mêmes remèdes en usage. Si, enfin, cette méthode échoue, et qu'on juge à propos d'enlever la dent, on peut y parvenir sans causer de douleurs au malade, en appliquant de la racine de pyrèthre avec du fort vinaigre, contre l'action duquel on garantit les autres dents en les couvrant d'une couche de cire. Au bout d'une heure, la dent est tellement mobile, qu'on peut l'extraire facilement avec les doigts ou avec des pinces. Elle tombe aussi d'elle-même lorsqu'on la met en contact avec du vitriol de cuivre et du fort vinaigre.

L'ellébore noir ou le gingembre introduit dans la dent, prévient les douleurs, ainsi que la fétidité

de l'haleine. Quant une dent est détachée à la suite d'un coup, ou autrement, et qu'elle dépasse le niveau des autres, on en lime toute la portion saillante : à cet effet, on se sert d'une petite lime, et l'on tient la dent entre deux doigts, afin qu'elle ne devienne pas encore plus vacillante ; on suspend l'opération dès qu'elle provoque de la douleur, on administre des antidyniques, et l'on recommence au bout de quelques jours (1).

Au reste, quoiqu'à l'exemple de ses contemporains, Galien soit intimement convaincu qu'on peut réussir à faire tomber une dent d'elle-même et sans douleur, cependant il donne, dans un de ses écrits, le conseil de commencer toujours par cerner la gencive, lorsqu'on prend le parti de pratiquer l'évulsion (2). On trouve aussi, dans plusieurs des ouvrages qui lui sont attribués, une multitude de préparations dentifrices et prophylactiques (3).

Suivant Cœlius Aurélianus, les scarifications de la gencive et l'application des ventouses sur la joue sont fréquemment d'un grand secours dans l'odontalgie. On peut encore combattre cette affection par une espèce de cautérisation qui se fait en tortillant de la laine autour d'une sonde, la trempant dans l'huile bouillante, et l'appliquant, soit sur la dent elle-même, soit sur les deux côtes de la gencive. Cœlius blâme aussi l'extraction inconsiderée des dents, qui détruit la partie douloureuse au lieu de la guérir, et qu'on ne doit jamais considérer que comme une dernière ressource, lorsque toutes les autres ont échoué. Il faut sur-tout bien se garder d'arracher les dents qui ne sont ni cariées ni branlantes, parce que les parties voisines, sur-tout

(1) *Galen. loc. cit.* p. 229. 233.
(2) *Isagoge. Pars* IV, p. 388.
(3) *De facil. parab. ad Solon*, *P.* IV, p. 440. — *Facil. parab. p.* 449.

les yeux, s'en ressentent toujours, et parce que fort souvent ce n'est pas une seule dent, mais bien la mâchoire entière qui cause de la douleur, de manière qu'il faudrait arracher toutes les dents pour dissiper cette espèce d'odontalgie (1).

Marcellus de Bordeaux se distingua à son grand désavantage de ses prédécesseurs, dont les préceptes étaient, comme l'on voit, généralement fort judicieux. Cet écrivain répète les propres paroles de Scribonius, et recommande des amulettes et autres moyens superstitieux. Ainsi lorsqu'on veut arracher une dent qui vacille ou qui cause de la douleur, on frotte le nez du malade avec du suc noir de lierre et de l'huile verte, on lui recommande de tirer son haleine, on lui place une pierre entre les dents, et on lui fait fermer la bouche; alors on voit couler tout le fluide qui cause la douleur, en assez grande quantité souvent pour remplir trois pots; lorsqu'ensuite on a nettoyé le nez avec de l'huile pure, et détergé la bouche avec du vin, la dent n'est plus douloureuse, et l'on peut aisément l'extraire. Elle tombe également d'elle-même lorsqu'on en frotte la racine avec l'éponge d'Afrique. Mais il faut bien se garder de toucher à une dent qui soit saine. Si l'on veut se préserver à coup sûr des odontalgies, il ne s'agit que de se rendre en silence, lorsqu'on voit paraître la première hirondelle, au bord d'un clair ruisseau, d'en prendre de l'eau dans sa bouche, de se frotter les dents avec les doigts indicateurs des deux mains, et de prononcer ces paroles : *Hirudo, tibi dico, quo modo hoc in nostro iterum non erit, sic mihi dentes non doleant toto anno* (2).

(1) *Chron. lib.* II, *cap.* 4, *p.* 372.
(2) *Medic. cap.* 12. (*Coll. Steph. p.* 294).

Les dents, dit Aëtius, sont ouvertes à leur racine, et ces ouvertures livrent passage à de petits nerfs qui proviennent du tri-jumeau : c'est pour cette raison qu'elles sont les seuls os qui puissent devenir par eux-mêmes douloureux. Elles croissent aussi jusqu'à l'époque de la vieillesse par le dépôt qui a lieu du suc nerveux superflu dans leur intérieur; mais, à cet âge, la nutrition ne se fait plus en elles : aussi deviennent-elles vacillantes, et finissent-elles par tomber. Il y a donc deux sortes d'odontalgie, suivant qu'elle est due à la surabondance ou au manque du principe nutritif, et c'est d'après cette double considération qu'on doit se guider dans le choix des remèdes (1). Ces remarques d'Aëtius annoncent un anatomiste habile pour le temps où il vivait, comme celles de Galien sur l'inflammation des dents, dénotent un médecin très-versé dans l'art du diagnostic. Aëtius veut qu'on brûle les ulcères phagédéniques des dents avec une sonde entourée de laine et trempée dans de l'huile bouillante (2), et qu'on excise les abcès de la gencive, parce que quand on se contente d'y faire une incision, il en résulte souvent des fistules (3). Lorsque l'épulie ne cède pas promptement aux caustiques, on la saisit avec des pinces, et on l'excise avec un bistouri étroit. Quand l'incision ne suffit pas pour guérir les fistules dentaires, le mieux est d'arracher la dent gâtée qui les occasionne. A l'égard de la manière de limer et d'arracher les dents elles-mêmes, aussi-bien que du traitement de la carie dont elles peuvent être frappées, Aëtius n'a fait que copier Galien (4).

(1) *Tetrab.* II, *serm.* 4, *cap.* 19, *p.* 645.
(2) *Ibid cap.* 23, *p.* 651.
(3) *Ibid. cap.* 24, *p.* 654.
(4) *Ibid. cap.* 25. 26. 30, *p.* 655. 656. 667.

Paul d'Egine distingue fort bien l'épulie, tuméfaction de la gencive qui s'élève au-dessus des dents, de la parulie qui est un abcès de cette même gencive. On enlève la première en la saisissant avec un crochet ou des pinces, et la coupant avec le bistouri : quant à la seconde, on la cerne avec l'instrument tranchant, quoiqu'elle guérisse quelquefois lorsqu'on s'est contenté d'y faire une simple incision. Après ces opérations, le malade se rince la bouche avec du vin et de l'oxycrat, et l'on applique des fleurs de cuivre : s'il survient un ulcère putride, on le cautérise. Lorsqu'on veut arracher une dent, on la détache de la gencive jusqu'au bord alvéolaire, on la saisit avec la rhisagre, on l'ébranle pour la détacher, et on l'extrait en la tirant de bas en haut. Paul d'Egine conseille aussi, comme Celse, de commencer par remplir la caverne avec une petite tente, afin que la dent ne s'écrase point. On peut limer les dents très-saillantes, et l'on se sert du même moyen pour détruire les angles aigus de celles qui ont été cassées (1). Paul admet l'inflammation des dents, d'après Galien. Il recommande plusieurs électuaires et plusieurs poudres, tant contre cette maladie, que contre plusieurs autres (2).

Les Arabes suivirent la route que les Grecs leur avait tracée, et leur pusillanimité dut très-bien s'accommoder des remèdes à l'aide desquels on espérait de pouvoir faire tomber les dents sans douleur et sans opération. Aaron, médecin d'Alexandrie, qui vivait vers l'année 622, recommanda la coloquinte à cet effet (3); Hhonain Ebn Izhak con-

(1) *Paul Aegin. lib.* VI. *cap.* 27. 28, *p.* 184.
(2) *Ibid. lib.* III, *cap.* 26, *p.* 82.
(3) *Rhazes*, *Continens*, *lib.* III, *cap.* 3, *fol.* 55, b. *col.* 1.

seilla différens autres moyens (1), et Rhazès alla jusqu'à proposer entre autres l'arsenic rouge et l'arsenic jaune, qu'il lui paraissait de même très-convenable d'opposer au saignement habituel des gencives (2). Il cautérisait les dents cassées, lorsqu'elles causaient des douleurs violentes (3). Les corps durs qu'on donne aux enfans qui font leurs dents, pour promener dans la bouche, doivent être rejetés, et on les remplace par des frictions faites sur les gencives avec le doigt. Quand les molaires sont très-douloureuses, on les brûle avec de l'huile bouillante qu'on verse dessus. Lorsque les gencives refusent absolument de se resserrer sur les dents creuses, on assujettit ces dernières avec une chaînette en or, ou l'on en cautérise la racine avec un cautère d'or. On les remplit de poix avant de les extraire; ce qui doit, suivant Rhazès, les déterminer à tomber d'elles-mêmes (4).

Jahiah Ebn Sérapion a également conseillé différens moyens pour fixer et nettoyer les dents, ainsi que pour affermir les gencives, guérir les fistules dentaires, et remplir les dents creuses. Lorsqu'une dent vacillait, il en brûlait les racines, ou il l'attachait avec une petite chaîne, soit en argent, soit en or (5).

Haly-Abbas veut que, quand rien ne peut appaiser les douleurs causées par une molaire cariée, on introduise dans sa caverne une canule métallique, à la faveur de laquelle on y porte plusieurs aiguilles rougies au feu, qu'on laisse chaque fois refroidir complètement. Si ce moyen ne réussit pas

(1) *Ibid. fol.* 60, a. *col.* 2.
(2) *Ibid. fol.* 56, a. *col.* 1. — *Ad Almans. lib.* IX, (*ed. Sillan.*) *fol.* 37.
(3) *Ibid. fol.* 55, a. *col* 2.
(4) *Ibid. fol.* 56. 57, *cap* 6, *fol.* 65, b. *col.* 1.
(5) *Serapion*, *Pract. tract.* II, cap. 16, fol. 16.

non plus, on arrache la dent, ou l'on en détermine la chûte par l'application du lait d'ânesse avec l'asa-fœtida (1). On soulève l'épulie avec des pinces, et on l'excise : à l'égard de la parulie, on l'ouvre avec le phlébotome ou avec un morceau de bois pointu. Haly-Abbas, avant d'arracher une dent, principalement une molaire, la déchaussait jusqu'à la racine, puis la secouait à gauche et à droite avec des pinces, afin de la faire vaciller davantage. Un instrument en forme de bec lui servait à enlever les dents superflues qui poussaient de côté (2).

Avicenne donne des préceptes très-bien raisonnés sur la manière de conserver les dents, et il indique pour combattre leurs maladies une foule de remèdes dont les uns sont de son invention, mais dont la plupart ont été puisés dans Galien (3). Il préfère ne pas arracher une dent encore solidement fixée dans la mâchoire, dans la crainte de léser cette dernière, d'exciter des maux d'yeux, et de produire la fièvre; mais il pense néanmoins qu'on peut se trouver souvent très-bien d'ébranler une dent, quoiqu'elle soit saine, parce qu'on détermine ainsi la résolution de la matière qui s'était amassée au-dessous, et qui provoque les douleurs. Quant à l'évulsion, il la pratiquait de la même manière que les anciens : il recommande aussi l'arsenic et la graisse de rainette, comme moyens propres à favoriser la chûte spontanée des dents (4). Dans la parulie, abcès chaud de la gencive, il cautérisait avec le fer ardent ou l'huile bouillante (5).

Jean Mésué croyait que les odontalgies violentes

(1) *Haly Abbas*, *Pract.* lib. V, cap. 78, fol. 134.
(2) *Ibid. lib* IX, c. 33, fol. 164.
(3) *Canon. lib.* III, *fen* VI, *c.* 2, p. 457.
(4) *Ibid. cap.* 17, p. 462.
(5) *Ibid. fen.* VIII, *cap.* 2, p. 464.

fixées sur une dent gagnent facilement les autres : aussi conseille-t-il de recourir à l'évulsion lorsque les douleurs tardent un peu à s'appaiser. Cependant on ne doit jamais faire l'opération quand les paroxysmes sont encore dans toute leur force, et l'on attend qu'il y ait au moins une légère rémission, autrement on s'expose à causer la syncope, des rhumatismes violens, des abcès, et même la mort. Indépendamment des méthodes ordinaires pour arracher une dent, on peut encore faire tomber celle-ci par morceaux en la touchant avec des noix brûlées, ou avec un grain d'oliban. Les fistules dentaires doivent être cautérisées avec une aiguille rouge jusque dans leur fond, ou bien on arrache la dent, dont la racine cariée entretient la fistule, et quand la mâchoire elle-même est malade, on met à nu la portion d'os frappée de carie, pour enlever tout ce qui est vermoulu. Mésué indique en outre une foule de remèdes tirés d'Izhak Ebn Amram, de Sabor, ou de quelques autres encore, ou inventés par lui-même (1).

La cautérisation avec un fer mince a été recommandée par Abu'l Kasem contre les fistules dentaires, la vacillation des dents, et l'odontalgie produite par le refroidissement (2). Après avoir excisé l'épulie, on applique du verd de gris sur la plaie; mais comme la tumeur revient souvent, il faut répéter plusieurs fois l'opération. Abu'l Kasem est le premier qui parle du tartre qu'on observe à la base des dents, et qu'il faut enlever avec des petits ciseaux de forme diverse : il est bon de ne pas tout le faire disparaître en une seule fois, et de ne terminer l'opération qu'après trois ou quatre

(1) *De simpl. et comp. sect.* I, *P.* I, *summ.* 8, *cap.* 3, fol. 202, b.
(2) *Chirurgia*, *lib.* I, *sect.* 19, p. 46.

pauses. Abu'l Kasem n'était pas partisan de l'évulsion des dents, parce que ces os ne repoussent point. On doit remarquer, au reste, que, suivant toutes les apparences, l'évulsion était déjà, de son temps, pratiquée exclusivement par les baigneurs, puisqu'il conseille de fuir les empiriques qui arrachent si souvent une bonne dent en place de la mauvaise : la moindre faute qu'ils commettent est de briser la couronne, ou d'enlever en même-temps un morceau de la mâchoire. Si l'on est obligé de faire l'opération, on prend la tête du malade entre ses genoux, on détache bien la gencive, on ébranle la dent peu à peu, et on l'arrache en la tirant toujours directement de bas en haut; lorsqu'elle ne cède point sur le champ, on cherche à la dégager un peu avec de petits leviers, puis on répète les tentatives d'extraction; mais on prend bien garde de la briser ou de laisser quelque chicot, parce qu'il résulterait de là des accidens fort graves.

Il existe aujourd'hui un si grand nombre d'instrumens de dentiste, dit cet habile chirurgien, qu'on ne peut point les décrire tous : d'ailleurs un praticien exercé saura toujours choisir celui qui conviendra le mieux dans chaque cas particulier. Cependant Abu'l Kasem conseille, pour ébranler les dents qu'on doit extraire, une petite pince à manche courbe et à larges feuilles, qui doit être assez forte pour ne pas pouvoir se fausser ni glisser. A l'égard de l'extraction elle-même, il la pratiquait constamment avec une pince analogue, mais plus forte, en fer de l'Inde ou de Damas, et dont l'intérieur était garni de petites dents ou taillé en manière de lime. Les racines qui sont demeurées dans l'alvéole, s'arrachent avec un instrument semblable à un bec de perroquet ou de faisan, et dont les

extrémités sont également munies d'une lime en devant, ou qui peut être construit comme un bec de de bécasse. On emploie aussi les leviers courbes à cet usage. Abu'l Kasem extrait les dents comme Galien; mais lorsqu'il y en a deux tellement rapprochées l'une de l'autre que la lime ne peut point passer entre elles, il veut qu'on enlève une portion de chacune, ce qui exige beaucoup de temps.

Quand les dents de devant sont devenues branlantes à la suite d'une chute ou d'un coup, et que les styptiques sont impuissans pour les raffermir, il faut les attacher aux dents voisines. A cette fin, on passe un fil double d'argent ou d'or entre la dent malade et celle qui est saine, et on les entoure avec les extrémités de ce fil jusqu'à ce que toute vacillation soit impossible: on tortille ensemble les extrémités, on les coupe, et on les cache entre les dents, afin qu'elles ne blessent point la langue.

Abu'l Kasem fut aussi le premier qui enseigna qu'on peut remplacer les dents tombées par d'autres dents, soit naturelles, soit artificielles, et faites avec des os de bœuf: il les fixait absolument de la même manière; mais cette sorte de restauration exige, dit-il, un artiste très-habile (1).

Si la plupart des Arabes qui viennent d'être cités, et Abu'l Kasem pardessus tous les autres, ont des droits à notre estime, comme étant très-versés dans l'art du dentiste, et ayant enrichi de quelques additions nouvelles le dépôt que les Grecs leur avaient transmis, Avenzoar paraît au contraire avoir à peine connu les travaux de ses prédécesseurs. Il se contentait d'ouvrir la veine basilique ou la ranine dans la carie et la vacillation des dents; du reste il ne

(1) *Ibid. lib.* II, *sect.* 28. 35, p. 181.

parle d'aucun moyen ni d'aucune opération contre les maladies qui affligent ces os (1).

Les premiers médecins du moyen âge dont les écrits sont arrivés jusqu'à nous, ne parlent point non plus de ces opérations. Le premier qui en dit quelques mots est Brunus de Longobucco : ce praticien témoigne beaucoup de prédilection pour le fer rouge, avec lequel il conseille d'attaquer les fistules et le cancer des gencives, l'épulie et les dents creuses. Il ne parle point de l'extraction à l'aide d'instrumens, mais il recommande d'enduire les racines de farine et de suc de tithymale, après quoi la dent tombe (2). Lanfranc de Milan le suit pas à pas : l'évulsion d'une molaire lui semble sur-tout une opération grave, et il conseille les narcotiques contre l'odontalgie (3). Pierre d'Espagne n'épargne point non plus les formules magiques et superstitieuses (4).

Théodoric de Cervia donne cependant le sage conseil d'examiner quel est l'état des racines des dents chez les personnes atteintes de fistules à la mâchoire inférieure ; car on peut compter qu'elles sont malades quand on voit s'écouler un ichor séreux, et il faut alors se hâter d'arracher toutes les dents attaquées (5).

Jean de Gaddesden pense que les odontalgies incurables autorisent à pratiquer l'évulsion ; mais avant de faire cette opération, on doit préparer le malade en le soumettant au régime laxatif, lui donnant des lavemens, et lui administrant des purgatifs. Après ces préliminaires, on déchausse bien la dent,

(1) *Theisir. lib.* I, *tr.* 6, *cap.* 6. 7, fol. 5.
(2) *Chirurg magna*, *lib.* II, *c.* 3, *rubr.* 4, fol. 121, e.
(3) *Chirurg. parva*, *tr.* 3, *doctr.* 3, *ch.* 4, fol. 240. h.
(4) *Thes. paup.* fol. 258.
(5) *Theod. Cerv. lib.* III, *cap.* 3, fol. 159, g.

et on la tire de haut en bas avec la pince, ou bien on la soulève avec une sorte de levier, large d'un côté, pointu et tranchant de l'autre. Cette évulsion est toujours dangereuse, surtout lorsqu'on n'a point commencé par ébranler la dent, de sorte qu'on ne saurait trop recommander l'emploi des remèdes qui peuvent déterminer celle-ci à tomber d'elle-même. Parmi ces moyens on distingue le fer rouge, le suc laiteux des euphorbes et sur-tout la graisse de rainette, dont l'efficacité est telle qu'un bœuf qui vient à mordre par hasard un de ces reptiles, perd à l'instant même toutes ses dents. Lorsqu'il existe des fistules dentaires, il faut cautériser ou enlever la dent malade; si l'os est attaqué, on le met à nud, et on le rugine (1).

Guy de Chauliac se plaint sérieusement de ce qu'on a coutume d'abandonner l'évulsion des dents aux barbiers et aux dentistes, tandis que c'est une opération assez importante pour qu'un médecin ne dédaigne point de la faire lui-même, ou du moins d'y être toujours présent. Cet écrivain ne s'écarte guères d'Abu'l Kasem; mais il est le premier qui parle de remplir les dents creuses avec des résines et des substances aromatiques, pour empêcher les alimens de pénétrer dans leur cavité. On peut aussi enlever la partie malade avec le ciseau et la lime, ou même arracher la dent. Les instrumens évulsifs de Guy de Chauliac paraissent être tous empruntés d'Abu'l Kasem, à l'exception d'un élévatoire simple et bifurqué qui ressemble un peu au pied de biche. Il ne semble pas croire beaucoup à la vertu des substances qu'on supposait propres à provoquer la chute spontanée des dents, car, après les avoir énumérées,

(1) *Rosa anglica*, *lib.* III, *tr.* 4, *fol.* 152 — 155.

il ajoute : *multas tamen dant promissiones, operationes vero paucas* (1).

Valescus de Tarente prescrit de boucher les dents creuses, pour appaiser la douleur, la prévenir, empêcher l'haleine d'être fétide, ou tuer les vers qui se trouvent dans leur intérieur. Il emploie à cet effet diverses substances aromatiques et autres, comme la poudre de nigelle, le poivre, la myrrhe, le sel, etc. Quand tous ces remèdes échouent, on a recours au cautère actuel et aux narcotiques. Il prétend qu'on peut enlever le tartre par des frictions faites avec des poudres âcres, et qu'on peut déterminer la chute des dents en appliquant dessus du suc de tithymale ou de l'arsenic (2).

Pierre de la Cerlata opposait les caustiques puissans et l'arsenic aux fistules et aux abcès de la gencive. Il voulait qu'on n'eût recours qu'à un traitement palliatif dans les épulies dures et cancéreuses, mais qu'on brûlât ou liât celles qui sont molles, dans la crainte qu'il ne survînt une hémorrhagie (3). Il nettoyait les cavernes des dent creuses avec l'acide nitrique, ou les rendait assez larges pour que les alimens ne pussent pas y séjourner. Il enlevait le tartre avec des poudres âcres ou un grattoir (4).

La confiance qu'on avait eu jusqu'alors dans les moyens doués de la prétendue propriété de faire tomber les dents, diminua de plus en plus à l'époque où nous sommes arrivés, mais on devint aussi plus inconsidéré par rapport à l'évulsion, et souvent on oublia les excellens préceptes que les anciens avaient donnés à cet égard. Ainsi Barth. Montagnana recommanda l'extraction comme le meilleur

(1) *Chir. magna. tr.* 6, *doctr.* 2, *cap.* 2, p. 5, fol. 74.
(2) *Philonium*, *lib.* II, *cap.* 72, *fol.* 93, a. *cap.* 72. 74, fol. 97. 98.
(3) *Chirurgia*, *lib.* II, *tr.* 8, *cap.* 1, *fol.* 94, a.
(4) *Ibid. lib.* V, *tr.* 10, *Pars* I, *cap.* 7, *fol.* 107, a. *cap.* 12, *fol.* 105, a.

moyen contre la carie des dents, quoiqu'il ne méconnût pas l'utilité de l'adustion et de la cautérisation lorsque le mal ne s'étend pas à une profondeur trop considérable (1).

D'un autre côté, l'opinion que la carie dentaire est causée par des vers, se consolida de plus en plus, et nous verrons plus tard qu'elle domina pendant long-temps. Valescus en avait déjà parlé, et Jean Platearius la remit en honneur : il proposa plusieurs moyens pour tuer ces prétendus vers. Il brûlait les dents creuses avec un fil de fer rouge, ou avec une petite baguette de bois de frêne, puis il les remplissait de thériaque, ou bien il les arrachait; mais il ne paraissait pas accorder beaucoup de confiance aux moyens d'évulsion indiqués par ses prédécesseurs (2).

Quant à l'art de plomber les dents, on s'était contenté jusqu'alors d'emplir quelquefois les cavernes que la carie y fait naitre, afin qu'elles ne rompissent point pendant qu'on les arracherait, et on n'avait employé, dans cette intention, que des substances résineuses et aromatiques (3). Le premier qui parle de plomber avec des feuilles d'or, est Jean Arculanus : il ne veut cependant qu'on le fasse que quand le malade a une certaine complexion moyenne, car lorsqu'elle est trop chaude, il faut remplir la dent avec des substances froides, et quand elle est trop froide, on doit se servir de substances chaudes. Voulant rendre l'adustion plus pénétrante, il conseille de percer auparavant la dent avec un petit

(1) *Consil.* 84, *cap.* 4, *fol.* 116, d.

(2) *Practica. De ægritud. oris, cap.* 3. 4. (*Ed. unà cum Pract. Serapionis. Lugd.* 1525), fol. 211, a.

(3) Haller croit que Paul d'Egine a déjà parlé de l'art de plomber les dents ; mais le passage du médecin grec n'a rapport qu'à la pratique de remplir les cavernes de celles-ci avant de les extraire, ce qui avait été recommandé avant lui par Celse.

trépan (1). On doit recourir à l'évulsion toutes les fois que rien ne peut calmer l'odontalgie, parce qu'il est à craindre que le mal ne se propage aux dents voisines. Mais si la dent est saine, et que la douleur siège seulement dans la gencive, alors l'évulsion nuit, tandis qu'elle est indifférente quand la source des souffrances existe dans le nerf. Du reste, on doit toujours préparer le malade par les émissions sanguines, les purgatifs et les stupéfians, et détacher la gencive de toutes parts. On peut aussi faire tomber la dent en la brûlant, ou en y appliquant diverses substances (2).

Souvent, dit A. Benedetti, on prend des douleurs dans la gencive ou dans la mâchoire pour des odontalgies, de sorte que certains empiriques, ignorans et avides, arrachent alors les dents saines, ce qui ne soulage pas le malade et rend les autres dents moins solides. Cependant les dents peuvent être elles-mêmes douloureuses, et sur-tout à cause de vers renfermés dans leur intérieur. Benedetti indique un assez grand nombre de remèdes, l'eau-de-vie entre autres, pour tuer ces vers, et prescrit de ne pas donner trop d'opium, dont il a vu l'abus plonger un gentilhomme de Padoue dans un sommeil éternel. Relativement à l'évulsion, il rappelle tous les préceptes prudens des anciens, et conseille de la considérer comme un moyen extrême auquel on ne doit recourir qu'après avoir épuisé tous les autres. Quelquefois une dent a les racines engrenées si solidement qu'on ne peut point l'arracher : c'est le cas d'employer différens médicamens afin de la rendre plus facile à détacher (3).

Jean de Vigo laissait mûrir les abcès de la gen-

(1) *Comment. IX. Rhaz. ad. Alm.*, *c.* 47, *fol.* 96, d.
(2) *Ibid. cap.* 49, *fol.* 78, e.
(3) *Opp. lib.* VI, cap. 4, p. 246.

cive, les ouvrait, et les détergeait avec du miel rosat et de l'onguent égyptiac (1). Il enlevait la carie, sur-tout aux molaires, avec le trépan, la lime ou la rugine, et remplissait ensuite le vide avec des feuilles d'or battu. Il se prononce aussi contre ceux qui abandonnent l'évulsion des dents aux barbiers et aux charlatans ambulans, tandis qu'elle demande à être faite par un chirurgien très-habile : mais il ne développe pas les règles de l'opération (2).

Vers cette époque parut le premier ouvrage consacré spécialement à l'art du dentiste ; l'auteur en est Gautier-Henri Ryff (3). Je ne puis rien dire du contenu de ce livre, qui est extrêmement rare aujourd'hui ; mais ce qui prouve qu'il ne renferme pas beaucoup d'idées nouvelles, c'est qu'il n'est cité par aucun des chirurgiens qui ont écrit dans le même temps sur le même objet.

Ambroise Paré ne voulait pas qu'on tardât trop à faire l'opération dans les épulies, parce que plus on attend et plus elle devient difficile. Cet habile praticien en arracha et brûla avec succès plusieurs qui avaient acquis un volume extraordinaire (4). Il recommande plusieurs instrumens nouveaux, dont quelques-uns ressemblent assez à ceux dont on se sert aujourd'hui : tels sont deux *specula oris* avec des vis, pour desserrer les dents chez les personnes attaquées de trisme des mâchoires (5), plusieurs cure-dents en forme de pied de chèvre ou de patte d'oie, et des pinces qui représentent assez

(1) *Pract* lib. II, *tr.* 3, cap. 24, fol. 46, b. Pars II, lib. IV, fol. 27, a.
(2) *Ibid.* lib. V, cap. 5, fol. 133, b.
(3) *Nuetzlicher Bericht, wie man die Augen und das Gesicht schaerfen und gesund erhalten, die Zaehne frisch und fest erhalten soll. Wuerzburg*, 1548, *in*-4.°
(4) *Opp.* lib. VII, cap. 4, p. 228.
(5) *Ibid.* lib. VIII, c. 12, p. 256. Lib. XI, c. 25, p. 374.

bien le pélican, mais dans l'emploi desquelles il veut qu'on apporte beaucoup de circonspection, pour ne point arracher trois dents au lieu d'une. Quand le malade, tourmenté par une odontalgie cruelle que rien ne peut calmer, s'obstine toutefois à conserver sa dent, on met en usage le cautère actuel et le cautère potentiel. Si les dents vacillent par l'effet de l'âge, rien ne peut leur rendre la solidité qu'elles avaient autrefois; mais quand elles ont été ébranlées par une chute ou un coup, on se garde bien de les arracher, et on les attache avec des fils à celles de leurs voisines qui tiennent encore bien dans l'alvéole. Paré est le premier qui rapporte un cas constatant qu'une dent peut très-bien reprendre lorsqu'après l'avoir arrachée on la replace de suite. Une dame, qui avait perdu une de ses dents, en fit arracher à sa femme de chambre une qu'on mit à la place de la sienne, et qui se consolida au point de pouvoir servir aux mêmes usages que celle-ci (1). Mais Paré témoigne de l'horreur pour une pratique semblable, et veut qu'on ait recours à des dents artificielles en os ou en ivoire, qui s'attachent avec des fils d'or ou d'argent (2). Il était persuadé que des vers sont la principale cause de la carie dentaire, contre laquelle il conseille cependant la lime de préférence à tout moyen. L'évulsion est nécessaire lorsque le malade éprouve des douleurs insupportables ou qu'on craint de voir la dent voisine se gâter, mais il faut la faire avec prudence, sans quoi on court le risque de blesser la mâchoire, l'œil ou le cerveau. Le malade s'asseoit par terre, on détache la gencive, et on ébranle d'abord la dent : quelquefois, quand la racine tient avec beaucoup de force, on est obligé de casser

(1) *Ibib.* lib. XVI, cap. 25. 26, p. 477.
(2) *Ibid.* lib. XXII, cap. 3, p. 650.

la couronne, et de détruire la sensibilité dans la portion restante par l'emploi des caustiques. L'évulsion une fois opérée, on laisse le sang couler, et on serre la gencive avec les doigts (1). Paré est aussi le premier, à ma connaissance, qui ait conseillé de scarifier les gencives dans la dentition difficile, opération qu'il fit pour la première fois, avec le plus grand succès, sur son propre enfant (2).

Quoique D. Antoine d'Altomari distingue très-bien les différentes odontalgies d'après leur siège, et qu'il indique une foule de remèdes pour les combattre, cependant il prescrit d'arracher sur-le-champ toute dent qui est creuse, livide ou branlante (3).

J. André de la Croix guérit une fistule de la mâchoire en arrachant une dent qui était à peine douloureuse (4). Flajani considère cette cure comme un exemple fort ancien de la térébration de l'antre d'Highmore par l'intérieur d'une alvéole (5). Son opinion est dénuée de fondement.

Achille-Pirmin Gasser s'arracha lui-même une dent, mais avec tant de maladresse qu'il emporta aussi un morceau de la mâchoire, ce qui entraîna une hémorrhagie tellement considérable qu'il en demeura pâle tout le restant de sa vie (6).

J. C. Aranzi conseille, à l'instar des anciens, d'amener à maturité et d'ouvrir les parulies; quant aux épulies, il préfère les détruire avec les caustiques ou avec le fer rouge (7).

Pierre Foreest observa le premier sur lui-même qu'il suffit quelquefois de luxer une dent pour

(1) *Ibid.* lib. XVI, cap. 27, p. 477.
(2) *Ibid.* lib. XXIII, cap. 47, p. 716.
(3) *Ars med. cap.* 41, *Opp. lib.* VIII, *p.* 310.
(4) *Chirurgia*, — Comp. *Haller*, *Bibl. chir. vol.* I, p. 229.
(5) *Collez. d'oss. e rifless. vol.* III, *oss.* 84, p. 374.
(6) *Ach. Gassarii*, *obs.* 22, (*cum Welschii episagm.*), p. 17. — *Udalr. Rumler*, *obs.* 72. *Ibid.* p. 41.
(7) *De tumor. pr. nat. cap.* 35, p. 206.

mettre fin à l'odontalgie, mais il s'aperçut aussi que le soulagement n'est point durable, et qu'il faut finir par recourir à l'évulsion (1). C'est aussi lui qui nous apprend le premier que l'application de dents artificielles d'ivoire, attachées avec un fil d'or, peut causer une inflammation violente de la gencive et de toute la bouche : il la rejette parce qu'il lui a vu produire cet accident (2). Nous trouvons encore dans son ouvrage la première description du pélican, malgré qu'on s'en servît déjà certainement bien long-temps avant lui : il ne veut pas qu'on emploie cet instrument qui expose trop à briser les dents, et propose de le remplacer par le pied de bœuf. Ce dernier lui servit pour arracher plusieurs dents dont les racines cariées entretenaient des fistules dentaires : une de ces fistules s'ouvrait sur la joue, de sorte qu'elle tenait peut-être à une maladie du sinus maxillaire ; Foreest la guérit en arrachant la dent gâtée. Cet écrivain était encore persuadé qu'il existe des médicamens propres à provoquer la chute des dents sans douleurs, et qu'il s'engendre aussi souvent des vers dans leur intérieur que dans les intestins, les oreilles, etc. Il conseille, d'après son maître Benoît Faventinus, de perforer les dents douloureuses jusqu'à leur cavité au moyen d'un trépan fort mince. Le déchaussement lui paraît indispensable avant l'évulsion, et, pour en montrer la nécessité, il rapporte un cas où l'on fractura la mâchoire parce qu'on l'avait négligé. Il limait les dents trop longues ; mais il en fit arracher une qui était double (3).

Lorsque la gencive était considérablement tuméfiée, Fabrice d'Aquapendente la cautérisait avec un

(1) *Obs. et curat. med. lib.* XIII, *obs.* 4, p. 105.
(2) *Ibid. obs.* 5, p. 106.
(3) *Ibid. obs.* 7. 12, p. 108. 113.

fer ardent très-mince. Il extirpa et brûla ensuite avec un plein succès plusieurs épulies situées dans le voisinage des dents molaires. Divers instrumens lui servaient pour écarter les mâchoires chez les personnes atteintes de trisme ; il recommande cependant de ne s'en servir qu'avec beaucoup de prudence et de circonspection, dans la crainte de trop ébranler le cerveau. Il enlevait le tartre avec d'autres instrumens d'acier ou d'argent, et après avoir brûlé l'intérieur des dents creuses avec de l'huile de vitriol ou un fer rouge, introduits à la faveur d'un entonnoir, il les remplissait de feuilles d'or battu. Quand une dent était vacillante, douloureuse, creuse ou fétide, il l'arrachait sans plus d'examen. Il pratiquait l'évulsion des molaires avec le pélican, courbé à droite ou à gauche, suivant le côté malade ; quant aux incisives, il les enlevait avec des pinces en forme de bec, particulièrement avec le bec de corbeau, et il arrachait les racines avec le *cagnoli*, instrument qui agissait avec plus de force encore que le pélican. Lorsque les dents sont très-serrées, on les sépare avec une vrille avant de pratiquer l'évulsion. Fabrice ne dit rien, sur les dents artificielles, qu'on ne trouve déjà dans ses prédécesseurs (1).

Fabrice de Hilden détruisit un gonflement des molaires postérieures, en y appliquant des caustiques, opération durant laquelle il tint les mâchoires écartées au moyen de petits billots de bois attachés aux dents avec des fils de fer (2). Il arracha quatre molaires dont les racines cariées déterminaient une hémicranie insupportable, qui fut guérie de cette manière (3). L'évulsion lui servit aussi

(1) *Fabric. ab Aq. de op. chir. Pars* I, *cap.* 30. 34. (*Opp. chir. p.* 116. 125.)
(2) *Fabr. Hildan. cent.* I, *obs.* 38, *p.* 33.
(3) *Ibid. cent.* II, *obs.* 10.

pour procurer la cicatrisation d'une fistule dentaire qui avait été entretenue pendant quatorze ans par une racine cariée (1). Lui et Claude Déodatus, chirurgien de l'évêque de Bâle, ont vu l'emploi de l'eau forte, dont on se servait assez généralement alors dans les maux et les caries des dents, déterminer la chute de presque toutes celles-ci, et occasionner même la carie de la mâchoire. C'est pourquoi, à l'exception d'un nombre infini de poudres dentifrices, Fabrice ne conseille autre chose qu'un traitement général contre cette affection (2). Un malade portait, au côté externe de la canine, une épulie qui devint cancéreuse : après l'avoir bien préparé, ce praticien passa à travers la tumeur un fil qui lui servit à la tenir, et il la coupa jusqu'aux os avec un petit bistouri courbé sur son tranchant (3).

L'opinion qu'une dent peut être chassée de son alvéole par la seule vertu de substances médicamenteuses, quoique déjà réfutée plusieurs fois, ne laissait cependant pas que de compter encore beaucoup de partisans. Ce qui le prouve, c'est le conseil que donne Jean Heuernius de ne jamais chercher à faire tomber les dents qu'en introduisant de l'euphorbe entr'elles et la gencive, parce qu'ensuite elles se détachent toujours sans douleurs. Du reste, il avertit de bien se garder des dentistes, et de ne pas s'adresser à eux de trop bonne heure, parce que l'odontalgie dépend, la plupart du temps, de causes internes auxquelles ils ont pour usage de ne faire aucune attention (4).

J.-S. Strobelberger paraît cependant avoir une opinion moins défavorable des dentistes, car il conseille d'en consulter un habile, lorsqu'on veut se faire

(1) *Ibid. cent.* III, *obs.* 33, *p.* 215.
(2) *Ibid. cent.* IV, *obs.* 21.
(3) *Ibid. cent.* V, *obs.* 27. 28, *p.* 406.
(4) *Lib. de morbis oculorum, auris, nasi, dentium et oris. Lugd. Bat.* 1602.

arracher une dent, parce que cette opération exige une dextérité qui ne peut s'acquérir qu'à force d'exercice (1). Il recommande une foule de remèdes contre l'odontalgie, et entr'autres la fumée du tabac, qu'on commençait seulement à connaître. Il employait l'huile de vitriol ou le bouillon de grenouilles pour tuer les vers dans les dents, et malgré qu'il pensât que les amulettes n'ont de pouvoir qu'autant qu'elles agissent sur l'imagination, néanmoins il ne doutait pas qu'on ne pût appaiser le mal de dents avec un cure-dent trempé dans le baume armé de Paracelse, et faire tomber les dents sans douleur par l'emploi des odontagogiques. Il indique d'ailleurs plusieurs précautions à prendre lorsqu'on veut pratiquer l'évulsion, et prescrit de l'essayer d'abord avec les doigts ou avec un fil passé autour de la dent, après avoir déchaussé et ébranlé cette dernière : c'est seulement lorsque ce procédé échoue qu'on doit recourir au levier ou aux pinces.

M. A. Sévérin opéra plusieurs épulies en les excisant avec un bistouri rougi au feu, ou avec un bistouri froid, et brûlant ensuite la plaie dans ce dernier cas. Il fut obligé d'ouvrir un gros abcès occasionné par l'éruption des dents de sagesse, et il se servit d'une pince en bois pour arracher une vaste tumeur de la mâchoire inférieure (2).

Dupont fut le premier qui conseilla, comme un excellent moyen contre l'odontalgie, d'arracher la dent et de la replacer sur le champ dans l'alvéole, disant qu'elle ne tarde pas à contracter de nouvelles adhérences avec les parois de cette cavité, mais qu'elle ne cause désormais plus de douleurs (3). Peu de temps après, Denis Pomaret confirma cette ob-

(1) *De dentium podagrâ, seu potiùs de ὀδόνταγρα.* (*Lips.* 1630), p. 174.

(2) *De absc. recond. nat. lib.* IV, *cap.* 16, p. 258.

(3) Remède contre le mal de dents, 1633.

servation : il vit reprendre une dent parfaitement saine, qu'un chirurgien avait arrachée par maladresse, qui fut remise en place sur le champ, et qu'on traita par les styptiques (1).

Nicolas Tulp prouva, par l'histoire d'un médecin d'Amsterdam, nommé Goswin Hall, que l'incision de la gencive, conseillée par Paré, n'a pas toujours, du moins lorsqu'on y a recours pour faciliter la sortie d'une dent de sagesse, un succès égal à celui dont elle fut couronnée entre les mains de Sévérin. En effet Hall, tourmenté par les douleurs insupportables que lui causait une pareille dent, se fit faire des incisions à la suite desquelles les douleurs allèrent en augmentant : la fièvre survint, accompagnée de délire, et le malade ne tarda pas à succomber (2).

Plusieurs observations publiées par des hommes de la véracité desquels on n'osait point douter, donnèrent une nouvelle force au préjugé qui faisait regarder les vers comme la cause de l'odontalgie et de la carie des dents. Olig. Jacobæus ayant ruginé toute la partie cariée chez une personne tourmentée par un affreux mal de dents, en vit sortir un ver qui se remua encore pendant long-temps dans l'eau, (3) et Martin Six observa des animaux semblables dans des dents creuses, qu'il rompit après les avoir arrachées (4). Philippe Salmuth délivra une personne atteinte de la même affection d'un ver long d'un pouce et demi, et semblable à ceux qui vivent dans le fromage : ce ver était renfermé dans la dent creuse; ce fut de l'huile rance qui le fit sortir, et les douleurs disparurent après son

(1) Dans L. Rivière, Observations de médecine, (ed. sec. Lyon, 1694), p. 664.

(2) *Obs. med. lib.* I, *cap.* 36, p. 68.

(3) *Act. med. Hafniens. ann.* 1677. 78. 79, *vol.* V, *obs.* 108, p. 281.

(4) *Th. Barthol. hist. anatom. rarior. cent.* III, *hist.* 96. (*Hafniæ*, 1657), p. 191.

départ (1). Nicolas Pechlin vit sortir cinq vers odontalgiques, après l'emploi du miel (2), et Godefroi Schulz en retira plusieurs, au moyen du suc gastrique du cochon, qui ressemblaient à des vers de terre (3).

Nous ne devons point être surpris qu'on admît ces faits sans examen, et qu'on n'en fût que plus empressé de proposer des remèdes pour tuer les vers des dents, puisqu'il n'y avait pas long-temps qu'on avait ajouté foi pleine et entière à l'histoire ridicule de la dent d'or, et que Th. Minadous soutenait sérieusement qu'il ne répugne pas de croire à l'existence d'une dent de fer, par la raison que le fer doit s'engendrer tout aussi bien dans le microcosme que dans le macrocosme (4).

Jean Scultet a figuré et décrit une grande quantité d'instrumens pour les dents. Outre plusieurs daviers, on distingue des pélicans à branches simples et doubles, des leviers en pied de chèvre et à trois dentelures, pour soulever les dents antérieures ou les chicots, des cure-dents de différentes sortes, des pinces tranchantes pour enlever les dents qui se sont développées hors de place, etc. (5)

Nathanael Highmore conduisit à la découverte d'une maladie jusqu'alors inconnue, et d'une opération qui ne fut cependant faite que cinquante ans plus tard, en publiant une description exacte de l'antre qui porte son nom. Il fit sur-tout remarquer que les alvéoles pénètrent dans la cavité, et qu'elles n'en sont séparées que par une lamelle fort mince; aussi rapporte-t-il l'histoire d'une femme à laquelle on enleva cette cloison en lui arrachant

(1) *Obs. med. cent.* III, *obs.* 32, p. 125.
(2) *Eph. nat. cur. dec.* II, *ann.* 9. 10, *obs.* 24, p. 75.
(3) *Ibid. obs.* 187, p. 433.
(4) *Barthol. loc. cit. cent.* II, *hist.* 24, p. 110.
(5) *Scultet. Armament. chirurg. Pars* I, p. 17. 18. Tab. X, fi. 3. 11. Tab. XI, fig. 1. Tab. XII, fig. 5. Tab. XXXII, fig. 7.

une canine : il résulta de là un écoulement continuel par l'alvéole, et la malade n'éprouva pas une médiocre frayeur lorsqu'elle vit qu'elle pouvait s'enfoncer une tige d'argent et une plume à la profondeur d'environ deux pouces dans la tête. Highmore parvint à la tranquilliser en lui expliquant la structure des parties, de sorte qu'elle supporta le flux habituel avec patience (1). On ne tira cependant encore aucun parti de cette observation, et Highmore lui-même paraît avoir pensé que le sinus maxillaire est naturellement rempli de mucosités, parce qu'on en trouve souvent dans son intérieur : il ne songea pas non plus à mettre au nombre des opérations chirurgicales l'arrachement des canines et la térébration du fond de leurs alvéoles. De là ces paroles de H. H. Lavater : τερήδονα *maxillæ superioris ad dentes molares, opprobrium chirurgorum declaro* (2). A la vérité Antoine Molinetti rapporta, peu de temps après, que, dans un abcès du sinus maxillaire, qui causait de vives douleurs au malade, et qui le gênait beaucoup, on trepana cette cavité après avoir incisé les tégumens et les muscles de la joue (3); mais on ne trouve rien dans les écrits des autres chirurgiens du temps d'où l'on puisse conclure qu'ils connaissaient l'une ou l'autre méthode; et, en 1686, Ch. B. Valentini décrivit encore

(1) *Corporis humani disquis. anat.* (*Hagæ Comit.* 161). *Lib.* III, *Pars* II, *cap.* 1, p. 126. 127.

(2) *De arthritide et paradoxis chirurgicis. Basil.* 1647. Jourdain, qui appelle Lavater, *Volaterus*, et Runge, croient que ces paroles s'appliquent à la perforation latérale des alvéoles des molaires; mais, d'une part, cette opération était encore presqu'entièrement inconnue à l'époque dont il s'agit, et de l'autre τερήδων signifie un ver du bois, de sorte qu'on peut bien l'appliquer à la carie, mais qu'il peut à peine se prendre pour désigner la térébration. Je pense donc que Lavater reproche dans ce passage aux chirurgiens de ne pas pouvoir guérir la carie des alvéoles des dents molaires. Il est possible cependant que je me trompe, parce que je n'ai pu parvenir à me procurer l'ouvrage lui-même.

(3) *Disquisitiones anat. pathol. Patav.* 1675.

un gonflement de la joue, qu'il traita par les émolliens et autres moyens semblables, à la suite duquel une grande pièce d'os se détacha, suivant lui, sans carie, et qui dépendait bien certainement d'une maladie de l'antre d'Highmore, à laquelle l'auteur ne paraît pas même avoir songé (1). Théodore Zwinger, qui guérit une carie de la mâchoire supérieure en arrachant les dents qu'il trouva toutes branlantes, et qui entretint ouvertes ou dilata les alvéoles en y introduisant de l'éponge préparée, ouvrit vraisemblablement aussi le sinus maxillaire sans savoir lui-même ce qu'il faisait (2).

Un cas décrit par Pierre de Marchettis présente moins de rapport avec ceux dont nous venons de parler. Ce praticien, traitant un malade atteint d'une épulie volumineuse avec carie des dents, des alvéoles et de la mâchoire, et collection de pus sur l'os jugal, ouvrit le dépôt, et détruisit la carie par le cautère actuel et la rugination. On ne doit point, conseille-t-il ensuite, attendre que ces sortes d'abcès viennent à suppurer, parce que la gangrène se déclare alors; mais il faut faire à temps une incision profonde, laisser couler le sang, et abandonner la guérison de la plaie à la nature (3).

Gauthier Harris conseilla de nouveau, à cette époque, l'incision de la gencive, dans la dentition difficile (4).

Job de Meekren extirpa une tumeur survenue à la mâchoire inférieure après l'arrachement d'une dent : il commença par y enfoncer un bistouri pour s'assurer qu'il n'avait point à craindre d'hémorrhagie abondante; mais l'excroissance était si volu-

(1) *Eph. nat. curios. dec.* II, *ann.* 5, *obs.* 8, p. 185.
(2) *Ibid. ann.* 5, *obs.* 233, p. 529.
(3) *Sylloge observ. med. chir. rar. obs.* 34, p. 79.
(4) *De morbis acutis infantum. Londin.* 1689.

mineuse qu'il fut obligé de la couper, dans l'intérieur même de la bouche, en plusieurs pièces dont il fit l'extirpation l'une après l'autre (1). Ayant opéré une autre tumeur développée à la suite de l'évulsion d'une dent faite par un chirurgien peu habile, tumeur qui était molle, et qui saignait au moindre contact, il arrêta l'hémorrhagie par la simple application d'une poudre styptique, sans avoir besoin d'employer un fer rouge qu'il avait préparé (2).

Jean-Daniel Major fit la ligature d'une épulie très-volumineuse; mais comme le fil refusait de tenir, il pratiqua une incision circulaire à la base de la tumeur, autour de laquelle il passa ensuite une soie et un fil d'argent, qu'il serra ensuite tous les jours davantage (3). Jean Acoluthus fut obligé, pour détruire une excroissance semblable, de commencer par fendre l'angle de la bouche, après quoi il enleva pièce à pièce la tumeur, dont il détruisit les restes par l'adustion (4).

C. de Soolingen parle avec assez de mépris des opérations qui se font sur les dents. On doit les abandonner aux charlatans qui pratiquent l'évulsion avec la pointe d'une épée. Cependant l'auteur veut qu'on remplisse les dents creuses avec un mélange de mastic et de térébenthine, parce que, quand on se sert d'une substance métallique, les fluides trouvent toujours quelqu'issue pour s'introduire encore dans la caverne. Il faut limer les pointes des dents avec les boules dont les fabricans d'instrumens se servent pour tourner les pièces en creux. Le meilleur pélican est celui qui a son arbre en bois de palmier et couvert de cuir (5).

(1) *Obs. med. Chirurg. cap.* 15, p. 84.
(2) *Ibid. cap.* 28, p. 120.
(3) *Eph. nat. curios. dec.* I, *ann.* 2, *obs.* 255, p. 379.
(4) *Ibid. dec.* III, *ann.* 4, *obs.* 57, p. 140.
(5) *Handgr. der Wundarzn. Th.* I, *kap.* 39, p. 118.

Théodore Zwinger pense aussi que l'évulsion des dents doit être abandonnée aux charlatans et aux barbiers, parce qu'il est presque impossible de ne pas fracturer les mâchoires ou arracher les gencives en la pratiquant. Il existe encore, dit cet écrivain, des personnes qui font tomber les dents sans douleur avec le suc d'euphorbe ou avec d'autres substances analogues (1).

Le crédule Gabriel Clauder, persuadé que les vers sont une des causes les plus fréquentes de l'odontalgie, cherche à le prouver en rapportant qu'un dentiste appelé auprès d'un malade qui se plaignait d'éprouver des douleurs cruelles dans une dent parfaitement saine à l'extérieur, annonça que cette dent renfermait un ver : après qu'elle fut arrachée, on la brisa : elle était creuse en dedans, et l'on y trouva effectivement un de ces animaux (2).

Paul Wurfbein raconte que Buerlin extirpa une grande pièce cariée de la mâchoire inférieure, qui se reproduisit complètement par la suite (3). François Dekkers a consigné un cas analogue dans son ouvrage : c'est celui d'un individu à qui l'on enleva la moitié de la mâchoire inférieure, et qui néanmoins guérit très-bien (4). D'un autre côté, J.-L. Hannemann vit la gangrène survenir et amener la mort après l'arrachement d'une dent (5). Chr. Rœssler parle d'une opération semblable qui détermina la formation d'un anévrysme dont l'issue fut également mortelle (6).

B. Martin rejeta tout-à-fait la méthode de limer

(1) *Eph. nat. cur. dec.* II, *ann.* 6. *loc. cit.*
(2) *Ibid. dec.* II, *ann.* 5, *obs.* 192, *p.* 383. *Dec.* III, *ann.* 5. *obs.* 177, p. 332.
(3) *Ibid. dec.* III, *ann.* 4, *obs.* 287, p. 531.
(4) *Exercit. med. pract.* (*Lugd. Bat.* 1694), p. 582.
(5) *Ibid. dec.* II, *ann.* 2, *obs.* 49, p. 81.
(6) *Ibid. dec.* I, *ann.* 3, *obs.* 316, p. 460.

les pointes des dents et les taches produites par la carie, ainsi que celle d'appliquer des dents artificielles, parce que toutes deux donnent naissance à des accidens trop fâcheux (1). M. G. Purmann, au contraire, remplaçait les dents du devant par d'autres en ivoire, qu'il attachait, avec un fil d'argent, aux deux voisines, dans lesquelles il perçait à cet effet de petits trous (2). Antoine Nuck conseilla le premier de construire les dents artificielles avec les défenses de l'hippopotame, qui restent parfaitement blanches pendant plusieurs années, et dont on peut faire des rateliers entiers lorsque toutes les dents de la mâchoire inférieure manquent (3). Du reste, il croyait que le meilleur moyen contre l'odontalgie consiste dans l'ustion de l'antitragus, pour laquelle il inventa un cautère particulier renfermé dans une canule (4). Haller s'est trompé en disant que cet instrument était destiné à cautériser la dent elle-même (5). Il faut, suivant Nuck, un instrument particulier pour chaque espèce de dent qu'on veut arracher. On soulève les incisives avec le pied de biche, les canines avec le davier ordinaire, les molaires antérieures avec le pélican droit, les molaires postérieures avec le pélican courbe, et les chicots avec le bec de corbeau. Mais on doit toujours commencer par détacher la gencive. Il ne faut jamais arracher une dent, et sur-tout une incisive, aux femmes enceintes, parce que l'opération exercerait une influence fâcheuse sur les yeux de l'enfant. Il est quelquefois nécessaire de limer les dents lorsqu'elles sont mal rangées, et cette opé-

(1) Dissertation sur les dents, Paris 1679.
(2) *Chirurg. Lorbeerkranz*, *Th.* I, *kap.* 32, p. 242.
(3) *Obs. et exp. chir. exp.* 20, p. 68.
(4) *Ibid. exp.* 18, *p.* 60. — *Dekkers*, *loc. cit.* p. 116.
(5) *Bibl. chirurg. T.* I, p. 414.

ration ne peut jamais nuire non plus pourvu que l'instrument n'étende pas son action jusqu'à la cavité centrale (1).

G. C. Schelhammer déclare qu'il n'y a pas de meilleur moyen que celui de plomber les dents creuses, pour prévenir les douleurs ; mais il ne paraît pas être assuré qu'on puisse arrêter par là les progrès de la carie. Lorsque le plomb ne tient pas parce que la caverne est trop large, on arrache la dent (2), mais on peut la replacer de suite dans l'alvéole, où elle reprend très-bien, sans jamais faire éprouver de nouvelles douleurs (3). Schelhammer conseille d'ouvrir le plus tôt possible les parulies, sans quoi elles attaquent les os, et de les exciser complètement lorsqu'elles présentent un mauvais aspect. L'épulie commençante peut se guérir par la dérivation, la saignée de la veine ranine, les purgatifs et autres moyens analogues ; mais si son volume trop considérable oblige d'en venir à l'opération, on a toujours le soin, après la section, de cautériser la plaie, afin que la maladie ne récidive point. Lorsque les os eux-mêmes sont attaqués, ou qu'il y a disposition au cancer, toute opération serait inutile, quoique cependant il convienne de ruginer la carie, si elle n'a pas beaucoup étendu ses ravages (4).

Il paraît que les épulies étaient fort communes à cette époque ; car, indépendamment des observations qui ont déjà été rapportées, on en trouve encore un grand nombre d'analogues dans les écrivains du temps. Ainsi Stalpaart van der Wyl détermina la chute d'une vaste tumeur cartilagineuse

(1) *Nuck. loc. cit. exp.* 19, p. 6.
(2) *Eph nat. curios. dec.* III, *ann.* 3, *obs.* 89, p. 170.
(3) *Ibid. ann.* 6. 7, *obs.* 220, p. 506.
(4) *Schelhammer et Francus. Diss. de epulide, et parulide. Jenæ*, 1692. — Dans *Haller*, *Diss. chirurg.* T. II, p. 289.

de cette espèce, en la liant avec un fil de fer (1). G. A. Mercklin vit le chirurgien Marschall réunir la ligature et l'excision, c'est-à-dire, passer un fil autour de la tumeur, et, lorsqu'elle se trouva réduite à un certain volume, en faire l'ablation avec un instrument tranchant (2). M. Preuss décrit un cas pareil (3), et M. B. Valentini prétend avoir observé une épulie épidémique qui ne cédait qu'à l'excision (4).

Cependant les opérations nécessitées par les maladies dentaires n'étaient pas abandonnées par-tout aux charlatans et aux barbiers, comme l'avaient voulu tant de praticiens. On en a la preuve dans le long chapitre que Pierre Dionis leur consacra, malgré qu'il conseille lui-même de laisser l'évulsion aux arracheurs de profession, parce qu'elle rend la main lourde, et qu'elle sent toujours un peu le charlatanisme. Dionis paraît avoir observé souvent l'épulie; il propose pour l'opération des pinces de son invention et un bistouri courbe; il rejette la cautérisation, mais prescrit de toucher la plaie avec le vitriol ou la pierre infernale pour que la maladie ne repullule point. Lorsque les os et sur-tout la mâchoire inférieure sont attaqués, on ne doit pas balancer à appliquer le fer rouge, parce que, de toute autre manière, on aurait peine à obtenir une bonne exfoliation. Dans le trisme, outre la machine ordinaire, Dionis employait encore un levier pour écarter les mâchoires; il fait remarquer que, parmi les soldats blessés à Nimègue, et frappés de tétanos, on ne conserva que ceux à qui l'on ouvrit la bouche, et que tous les autres périrent. Il en-

(1) *Obs. rar. cent.* I, *obs.* 17, p. 80.
(2) *Eph. nat. cur. dec.* III, *ann.* 5.6, *obs.* 244, p. 578.
(3) *Ibid. cent.* VIII, *obs.* 93.
(4) *Miscell. Berol. vol.* I.

levait le tartre et cautérisait les dents de la même manière que ses prédécesseurs. Pour plomber ces os, on ne doit pas se servir de feuilles d'or ou d'argent battu, mais bien d'un morceau de métal présentant la forme du trou dans lequel on veut l'introduire. Au reste, la cire remplit le même office, et elle a l'avantage d'être plus facile à manier. On lime les dents pour les séparer quand elles sont trop rapprochées, pour abaisser celles qui dépassent les autres, et pour détruire les pointes ou angles aigus qu'elles présentent. L'évulsion ne convient que quand la dent est tout-à-fait détruite, et qu'elle cause des douleurs intolérables, ou qu'elle vacille au point qu'on n'a plus d'espoir de lui rendre son ancienne solidité. Il faut aussi arracher les chicots, les dents trop saillantes, et celles qui sont hors de rang, lorsqu'elles causent de la difformité ou de la gêne. Les instrumens de Dionis pour cette opération sont, indépendamment du déchaussoir, le davier, le pélican à double crochet, une tige de fer dont l'extrémité a la forme d'une roue, et un instrument composé de deux branches, dont l'une est fixe, tandis que l'autre, recourbée, s'avance un peu sur la précédente. Dionis regarde ce dernier instrument comme le meilleur, parce qu'on n'a besoin que d'abaisser un peu le manche pour arracher une dent de la mâchoire inférieure; mais il se trompe quand il le croit tout-à-fait nouveau, puisque les chirurgiens du moyen âge, au moins, en possédaient de semblables. Il regarde comme dénuée de tout fondement l'opinion suivant laquelle l'évulsion des molaires de lait peut contribuer à ce que celles de la seconde dentition aient une meilleure configuration. Il doute aussi beaucoup qu'une dent puisse re-

prendre lorsqu'on la laisse dans l'alvéole après l'avoir arrachée (1).

J.-B. Verduc prouva néanmoins que ce phénomène n'est pas absolument impossible, en rapportant une observation analogue à celle de Pomaret, qui fut recueillie par un chirurgien appelé Carmeline. L'évulsion lui paraît toujours très-dangereuse, et il veut qu'on n'y ait recours que dans un cas de nécessité absolue. Au reste, il n'entre dans aucun détail sur cette opération, parce qu'elle était pratiquée de son temps avec toute la dextérité desirable par la plupart des opérateurs et des chirurgiens. Pour prouver combien peu elle est souvent utile contre l'odontalgie, il raconte l'histoire d'un hypochondriaque qui se fit arracher dix-huit dents l'une après l'autre, sans devenir pour cela ni plus sage, ni mieux portant (2).

J. Ruysch ne mettait pas autant de circonspection dans l'emploi de cette opération, car il conseille d'arracher aussitôt, et sans s'amuser à les limer, les dents cariées dont les angles font naître des ulcères à la langue. Il donne l'histoire d'un polype de l'antre d'Highmore, que deux chirurgiens, Pierre et Van Uessen guérirent, en arrachant plusieurs molaires, et enfonçant un fer rouge dans les alvéoles : sans doute aussi ils élargirent l'ouverture produite d'abord, puisqu'ils pûrent se servir du doigt pour sonder le sinus (3).

Les dernières années du dix-septième siècle commencent une nouvelle ère pour les maladies des sinus maxillaires et les opérations qui leur conviennent. Guillaume Cowper, qui voulait d'ailleurs qu'on fendît la gencive jusqu'au périoste dans la

(1) Cours d'opérations de chirurgie. Démonstr. 7. 40, p. 507.
(2) *Chirurg. Schriften, Th. I, kap.* 26, p. 89, 90.
(3) *Obs. anatom. chirur. obs.* 86, 87. (*ed. Amstelod.* 1691), p. 96.

dentition difficile (1), éclaircit en effet l'histoire de plusieurs de ces affections, et conseilla la perforation des alvéoles pour y porter remède. Ordinairement il faisait arracher la première molaire, perçait l'alvéole avec un instrument acéré quelconque, et faisait ensuite des injections. Jacques Drake suivait la même méthode, et c'est dans son ouvrage que ces remarques ont été publiées pour la première fois (2).

Cependant il paraît qu'elles ne se répandirent pas très-vîte, du moins en Allemagne; car Jean-Maur. Hoffmann ne dit pas un seul mot de l'opération de Cowper, malgré qu'il assure avoir vu chez une jeune fille un pus blanchâtre découler de l'antre d'Highmore après l'évulsion d'une canine, et qu'il nous apprenne que certains chirurgiens ignorans prenaient le sinus pour un produit de la carie, lorsque, les dents étant tombées chez un individu atteint de la syphilis, ils parvenaient à introduire une sonde dans cette cavité (3).

Henri Meibom ne paraît pas non plus en avoir eu connaissance. Ce fut lui qui, le premier, considéra la membrane muqueuse du sinus maxillaire comme la source des maladies auxquelles cette cavité est sujette, parce que souvent elle s'enflamme et s'abcède, donnant ainsi lieu à de vives douleurs et à une multitude d'accidens fâcheux. Meibom rejette la trépanation par l'extérieur, telle que Molinetti l'avait pratiquée, parce que la lésion des parties molles de la joue entraînerait des inconvéniens graves. Quelques praticiens, dit-il, cherchent à introduire les médicamens dans l'antre sous la forme de vapeur, mais le mieux est toujours de l'ouvrir

(1) *Anatomy of human body*, *Oxford*, 1697.
(2) *Anthropologia nova. Londin.* 1707.
(3) *Disquis. anatom. pathol. Altorf.* 1713, p. 32.

en arrachant une dent, car la matière se fraie ordinairement une issue le long de la racine. Son père avait employé cette méthode avec succès. Il paraît que Meibom ne soupçonnait pas encore qu'on pût perforer l'alvéole pour arriver au même but. (1).

Charles de Saint-Yves ne connaissait pas davantage l'opération de Cowper. Dans un abcès de l'orbite qui avait détruit le plancher de cette cavité, de sorte qu'elle communiquait avec le sinus maxillaire, et que le pus coulait par le nez, il arracha une des molaires, dont les racines font, dit-il, quelquefois saillie dans cet antre. Ensuite il injecta tous les jours, dans la fistule supérieure, des liqueurs détersives qui ressortaient par l'alvéole, et il guérit ainsi son malade (2).

Mais Jean Juncker recommanda expressément la méthode de Drake dans les cas où elle est nécessaire : il pensait néanmoins que c'est la seconde molaire qu'on doit arracher (3).

De la Vauguyon, qui avança peu d'ailleurs la chirurgie dentaire, avait déjà dit que le déchaussement, recommandé jusqu'alors comme une précaution indispensable avant l'évulsion, ne convenait que quand on avait à arracher une dent peu saillante ou brisée, parce que c'était alors un moyen excellent pour donner prise au pélican (4). Louis Cron le déclara, au contraire, inutile dans tous les cas, et ce praticien conseilla, contre tous les préceptes connus avant lui, de renverser les dents sur le côté, au lieu de les arracher en

(1) *De abcessuum internorum naturâ et const. discus. Dresd. et Lips.* 1718. *p.* 114. — C'est sans doute par faute d'impression qu'on lit souvent *mâchoire inférieure* en place de *mâchoire supérieure.*

(2) Nouveau Traité des maladies des yeux, (Paris, 1722), p. 79. 80.

(3) *Conspectus chirurgiæ* (*Halæ*, 1720), p. 290.

(4) Traité complet, etc., chap. 53, p. 644.

les tirant de haut en bas, comme on avait fait jusqu'alors. (1).

Il ne paraît pas non plus que L. Heister l'ait jugé indispensable, puisqu'il n'en fait point un précepte absolu. D'ailleurs ce praticien répète tout ce que les anciens ont dit sur l'évulsion, que chacun, dit-il, exécute avec un instrument différent. Parmi ces instrumens, le pélican, le repoussoir et le davier sont généralement connus; mais Heister en indique divers autres qui ressemblent plus ou moins à ceux-là, et dont il n'est pas facile de donner la description. Il se servait ordinairement, pour remplir les dents creuses, de cire blanche qu'il renouvellait souvent, ou de feuilles d'or coupées en petits morceaux. Il condamne l'usage d'écarter les mâchoires, dans le trisme, avec des instrumens, parce que la violence exercée par ceux-ci ne fait qu'aggraver encore le mal. L'arrachement d'une dent n'est pas moins blâmable, puisque le malade peut aspirer les liquides, lors même que les arcades dentaires sont très-serrées l'une contre l'autre. L'incision de la gencive est fort utile dans la dentition difficile, car tous les accidens nerveux qu'on observe alors étant produits par la tension excessive de la gencive, qui est trop dure pour céder, ils doivent disparaître entièrement lorsqu'on incise les parties molles en poussant le bistouri jusqu'à la dent prête à sortir. Heister pratiquait la ligature des épulies à base étroite, et cautérisait avec le fer ardent ou excisait celles qui couvraient une large surface (2).

Jean-Adam Gœritz, de Ratisbonne, s'éleva contre l'abus qu'on faisait de l'extraction des dents, et sur-

(1) *Der beym Aderlassen und Zahnausziehen geschickte Barbier-Geselle.* (*Leipzig*, 1717).

(2) *Chirurgie*, Th. II, *cap.* 69-76, p. 525.

tout contre l'application des dents artificielles. Il vit en effet, les deux dents auxquelles on avait attaché celle qui devait réparer une difformité, devenir vacillantes, de sorte qu'on fut obligé d'aller chercher un point d'appui plus loin, et qu'il fallut fixer trois dents, c'est-a-dire l'artificielle et sa voisine de chaque côté, à celles qui les suivaient; mais celles-ci ne tardèrent à devenir également branlantes, et l'on se trouva enfin dans la nécessité d'arracher six dents: on remplit ce grand vide avec un dentier taillé dans une défense d'hippopotame, mais dont Gœritz n'attendait non plus rien de bon. Il conseille de faire disparaître ces lacunes, qui nuisent à la pureté de prononciation, avec un dentier en bois blanc, dont on doit même s'abstenir toutes les fois que des circonstances impérieuses n'en imposent pas l'obligation (1).

Ernest-Ferdinand Gebauer vit un chirurgien inhabile dilacérer tellement la mâchoire en arrachant une dent, qu'il survint une carie des os de la face, à laquelle le malade finit par succomber après plusieurs années de souffrances (2).

Fischer, de Riga, voulut prouver qu'il est possible faire reprendre une dent arrachée lorsqu'on la replace sur-le-champ dans l'alvéole, en rapportant une observation semblable à celle dont il a été question plus haut (3); mais Henri Bass fit voir que les os ne se soudaient point, et que la dent était seulement retenue par la gencive resserrée sur elle. D'ailleurs il s'éleva avec beaucoup de force contre l'extraction inconsidérée des dents, sur-tout de celles de la mâchoire supérieure, parce qu'on peut

(1) Dans les *Breslauer. Sammlungen*, *Vers.* 31, (1725, *februar*), p. 184.

(2) *Ibid. Vers.* 35, (1726, *februar*), p. 233.

(3) *Ibid. Vers.* 38, (1726, *december*), p. 682.

aisément ouvrir le sinus maxillaire en arrachant une œillère ou la troisième et la quatrième molaires, et donner lieu de cette manière à des accidens très-graves. Bass ne blâme point les dents artificielles : il veut même qu'on applique des rateliers entiers à la mâchoire supérieure lorsqu'il existe encore deux dents naturelles pour les attacher (1).

G. Mauquest de la Motte repéta le conseil, déjà donné souvent avant lui, d'ouvrir de bonne heure, et même avant l'entière formation du pus, les abcès situés aux mâchoires et au palais (2). Plusieurs fois il arrêta de violentes hémorrhagies survenues à la suite de l'évulsion des dents, en appliquant du vitriol et des compresses graduées, que les dents de la mâchoire inferieure appuyaient fortement contre l'alvéole (3).

R. C. Garengeot (4) blâma les opérations trop nombreuses qu'on faisait sur les dents, et sur-tout l'usage de les limer, qui est si pernicieux pour l'émail. Au reste, il paraît avoir attaché fort peu d'importance à la chirurgie dentaire, car il n'en dit presque rien dans son volumineux ouvrage.

Pierre Fauchard ne tarda point à le refuter. Nous devons à ce praticien un bon ouvrage sur l'art du dentiste, dans lequel il fait voir que l'émail des dents est beaucoup trop dur pour que les instrumens puissent l'attaquer, et que bien au contraire cette substance émousse jusqu'aux meilleures limes anglaises (5). Malgré qu'il eût vu l'emploi inconsidéré de la lime produire de très-mauvais effets, cependant il recommande de s'en servir toutes les

(1) *Elaeuterler Nuck.* (*Halle*, 1728), p. 124. 134.
(2) Traité complet de chirurgie, vol. I, chap. 5, obs. 13. p. 162.
(3) *Ibid.* vol. I, obs. 70. 71, p. 267.
(4) Nouveau Traité des instrumens de chir. etc. Paris, 1723.
(5) *Franzæsischer Zahnarzt. Uebers. von Buddeus. Berlin*, 1733. *Th.* II, p. 293.

fois qu'on rencontre des dents situées hors de rang, trop serrées, ou frappées d'un commencement de carie: on doit seulement la faire agir avec beaucoup de circonspection chez les jeunes gens, malgré qu'il assure s'en être servi, même chez les enfans à la mamelle, pour enlever des dents trop longues (1). Fauchard fut le premier qui réfuta l'ancien préjugé des vers odontalgiques. Il ne put jamais parvenir à les voir, même en faisant usage du microscope, et en supposant que ces êtres existassent, ils ne pourraient au moins jamais être la cause des douleurs que les malades ressentent (2).

Les principaux moyens que Fauchard recommande contre la carie des dents sont l'essence de gérofle, l'ustion avec le fer rouge, et le tamponnement avec une feuille de plomb ou d'étain, métaux qu'il préfère à l'or. Après avoir enlevé toutes les portions cariées avec un instrument en forme d'alène, il enfonce cette feuille à l'aide de fouloirs de différentes formes (3). Il a vu souvent la carie donner naissance, dans la cavité de la dent, à un abcès qu'on était obligé d'ouvrir en détruisant la portion dentaire qui le couvrait: au bout de quelques mois, on plombait également la dent (4).

Fauchard indique un grand nombre de précautions qu'on ne doit pas perdre de vue en arrachant les dents, principalement celles de lait, qui sont quelquefois implantées d'une manière très-solide dans les mâchoires encore spongieuses, de manière qu'on est fort exposé à blesser ces dernières. Il trouve mauvais et inconvenant, l'usage de faire as-

(1) *Ibid.* p. 27.
(2) *Ibid. Th.* I, p. 138.
(3) *Ibid. Th.* II, p. 51. 69.
(4) *Ibid. Th.* I, p. 147.

seoir par terre la personne qui doit subir l'opération. Lorsque de deux dents, l'une a pris une direction oblique, faute de place pour toutes deux, ce n'est pas celle-ci, mais l'autre qu'il faut extraire, puisque c'est la droite qui a produit la difformité, et qu'elle ne tarde pas à tomber lorsqu'on enlève sa voisine. On est souvent obligé d'arracher des dents qui ne sont ni cariées, ni mal dirigées, uniquement parce qu'elles causent des douleurs intolérables; les femmes enceintes surtout présentent fréquemment ce phénomène, et l'opération n'a point de suites fâcheuses pour leur santé, pourvu qu'on parvienne à dissiper la frayeur qu'elle leur inspire. Du reste, on arrache les incisives et les canines avec la pince, les molaires avec le davier, le pied de biche ou le crochet; c'est seulement lorsqu'elles tiennent beaucoup, qu'on a recours au pélican (1). De tous les instrumens, Fauchard pense que le plus recommandable est un pélican de son invention, dont la partie moyenne est faite d'un bois très-dur, dont les extrémités sont couvertes d'un morceau de toile ou de peau de buffle, et qui porte un ou deux crochets courbes. Cet écrivain combat le préjugé qui faisait croire l'extraction des incisives dangereuse; mais il conseille, à l'imitation des anciens, de commencer par ébranler certaines dents avec le pélican, et de les enlever ensuite avec le davier, parce que, sans ces précautions, on courrait le risque de blesser les mâchoires (2). D'ailleurs il détachait toujours la gencive avec le déchaussoir, et lorsqu'une dent, qu'il voulait arracher avec le pied de biche, ne cédait pas à la pression de la main, il frappait sur le manche de l'instrument avec une

(1) *Ibid. Th.* I, p. 170.
(2) *Ibid. Th.* II, p. 142, *Taf.* XXI. XXVI.

petite masse de plomb (1). Quand les leviers et autres instrumens semblables ne suffisent pas pour écarter les mâchoires dans le tétanos, on enfonce une dent; ce qu'on ne doit faire cependant que quand on y est contraint par la nécessité (2). Fauchard se servait, pour redresser les dents obliques, de diverses plaques, qui, attachées au moyen de fils ou de petites tiges, exercent une pression déterminée, soit de dedans en dehors, soit de dehors en dedans, suivant les circonstances; ou bien il les redressait tout d'un coup avec la pince ou le pélican, opération qu'il s'énorgueillit beaucoup d'avoir inventée (3). Jamais on ne doit arracher une dent parce qu'elle vacille, car il existe un grand nombre de moyens pour la fixer : si elle est tout-à-fait mobile, on l'enlève, on en lime un peu la racine, on en remplit la cavité intérieure avec du plomb, si l'action de la lime l'a mise à découvert, et on la replace dans l'alvéole. En général les dents, soit qu'elles appartiennent au sujet lui-même, soient qu'elles aient été prises sur un autre individu, reprennent parfaitement, quand il n'y a pas long-temps qu'on les a arrachées. Fauchard dit même avoir vu celles-ci seulement conserver leur solidité chez des malades dont toutes les dents étaient devenues branlantes à la suite d'un traitement mercuriel. Cependant si l'on veut que la transplantation ou la reposition réussisse, il faut que la personne soit bien saine, et la mâchoire intacte, aussi bien que la gencive, que la nouvelle dent soit proportionnée aux autres, et qu'on l'introduise dans l'alvéole immédiatement après l'évulsion de celle qu'elle doit remplacer, afin qu'il ne s'amasse point de caillots de sang dans cette cavité.

(1) *Ibid.* p. 121.
(2) *Ibid. Th.* I, p. 185.
(3) *Ibid. Th.* II, p. 82.

On fait les dents artificielles avec celles de mulet ou de bœuf, avec des os de bœuf, ou avec une pâte quelconque. Quand la racine existe encore, on peut y attacher une nouvelle couronne à l'aide d'un pivot. On peut même appliquer des rateliers entiers qui se meuvent l'un sur l'autre par le moyen de ressorts (1).

Lorsque la dentition donne lieu à des accidens fâcheux, Fauchard pense que le meilleur moyen est d'inciser la gencive avec un déchaussoir tranchant; mais il faut que l'étendue et la forme de l'incision correspondent à celles de la dent qui pousse; c'est pourquoi on fend la gencive en travers pour les incisives et les canines, et en croix pour les molaires (2).

Après avoir extirpé l'épulie, Fauchard touchait la plaie avec la pierre infernale, et il ouvrait la parulie avec une lancette garnie de linge, lorsque le dépôt était parvenu à maturité. On est souvent forcé, dans ces maladies, de mettre les os à découvert, et d'en retrancher de grandes portions avec la scie, ou avec la gouge et le marteau. Dans un cas pareil, Lampert s'est vu contraint de scier et d'enlever près de la moitié de la mâchoire inférieure (3).

Parmi les nombreuses observations que Fauchard rapporte à l'appui des préceptes qu'il croit devoir établir, on en distingue plusieurs qui sont relatives au redressement et à la réduction de dents mal rangées ou renversées, à l'extraction suivie de la reposition de dents cariées, dont la carie ne fit dès-lors plus aucun progrès, et à la guerison de deux abcès du sinus maxillaire par l'arrachement

(1) *Ibid.* p. 177.
(2) *Ibid. Th.* I, p. 200.
(3) *Ibid.* p. 211.

des dents, dont il paraît que les alvéoles communiquaient naturellement avec cette cavité, car Fauchard ne connut point le véritable caractère de la maladie. Souvent, assure-t-il, lorsqu'on enfonce un poinçon dans une dent parfaitement saine au-dehors, mais très-douloureuse, on donne issue à beaucoup de pus et de sang, et les douleurs s'appaisent (1). Il est probable que cet écoulement tient à une communication qui existe entre le sinus maxillaire et la cavité centrale de la dent.

Pierre Guisard (2), et, un peu plus tard, J. Hurlok, préconisèrent, comme Fauchard, les avantages d'une incision faite à la gencive chez les enfans dont la dentition est difficile. Dans un ouvrage consacré uniquement à l'apologie de cette opération (3), Hurlok soutient qu'elle n'entraîne aucun danger, et que seule elle peut sauver les enfans, qui, sans elle, périraient au milieu des convulsions. J. B. Mongin et B. L. Lucas cherchèrent aussi à prouver, comme Fauchard, que rien n'empêche d'arracher une dent chez une femme enceinte, lorsqu'elle cause des douleurs insupportables (4). Le dentiste Bunon s'éleva de même contre le préjugé qui faisait craindre l'opération dans ce cas. Il démontra également que l'extraction des canines ne peut pas nuire à l'œil, parce que ces dents reçoivent leurs nerfs du sous-orbitaire, qui n'a rien de commun avec l'œil lui-même (5).

Le même Bunon attachait beaucoup d'importance à la découverte d'une maladie qu'il prétendait at-

(1) *Ibid.* p. 259.
(2) Dans les *Quæst. med. Acad. Monspel.* 1732.
(3) *Practical treatise upon dentition. London*, 1742.
(4) *Ergo prægnanti mulieri, acutissimo dentis dolore laboranti, ejusdem dentis evulsio. Paris*, 1740.
(5) Dissertation sur un préjugé concernant les maux de dents des femmes grosses. Paris, 1741.

taquer les dents avant même qu'elles fussent sorties de la mâchoire, détruire l'émail qui les recouvre, et faire ainsi qu'elles parussent au-dehors déjà gâtées. Il assurait que cette maladie diffère entièrement de la carie, lui donnait le nom d'érosion, et la croyait en relation avec la variole, le rachitisme et le scorbut. On ne peut la prévenir, suivant lui, qu'en soumettant la femme enceinte ou la nourrice à un genre de vie très-régulier. Quelquefois les bords alvéolaires sont trop étroits, d'où il résulte que les dents se rangent mal en sortant des mâchoires. Le meilleur moyen de remédier à cet accident, est d'arracher de bonne heure les dents de lait. Bunon a donné encore des aperçus nouveaux sur quelques autres maladies moins importantes, et n'a laissé échapper aucune occasion d'attaquer et de combattre Fauchard (1).

H. F. Ledran vit l'extraction d'une dent être suivie du développement d'une excroissance, qui se montra rebelle à tous les caustiques, couvrit bientôt toute la joue, fut inutilement coupée à plusieurs reprises, et causa ensuite la mort du malade (2). Job Baster rencontra une épulie survenue de la même manière, mais qui disparut après l'excision : elle était si volumineuse qu'il fallut employer beaucoup de force pour l'arracher de la bouche ; les styptiques arrêtèrent l'hémorragie causée par la section de sa base (3). D. Vasse et J. de Diest firent voir avec quelle facilité l'écoulement de sang à la suite de l'évulsion d'une dent peut devenir mortel (4).

(1) Essai sur les maladies des dents. Paris, 1743. — Expériences et démonstrations pour servir de suite et de preuves à l'Essai sur les maladies des dents. Paris, 1746.

(2) Observations de chirurgie, vol. I, obs. 5, p. 24.

(3) *Act. nat. curios. vol. VIII, obs.* 34, *p.* 92.

(4) *Ergo hemorrhagia ex dentium evulsione, chirurgi incuriâ, lethalis. Halæ*, 1735.

J. Lavini s'est fort peu écarté de Fauchard : cependant il recommande une pince élastique de son invention (1), tandis que Fauchard avait proscrit tous les ressorts appliqués aux instrumens évulsifs.

G. Chéselden conseilla de pratiquer l'opération de Cowper, toutes les fois qu'il existe une collection quelconque dans l'antre d'Highmore, c'est-à-dire, d'arracher une ou plusieurs des dernières dents, et de percer le fond de leurs alvéoles, ou d'agrandir les ouvertures qui existent déjà (2).

Garengeot, appelé pour un malade qui portait un polype du sinus maxillaire compliqué d'ostéomalacie, excisa un fongus saillant hors des alvéoles, ainsi que diverses portions de muscles et d'os, répéta cette incision à plusieurs reprises différentes, arracha même une partie de l'excroissance contenue dans l'antre, et enleva la carie avec le marteau et la gouge: le fongus continua neanmoins de faire des progrès, et les caustiques furent impuissans pour en arrêter la croissance. Garengeot prit enfin le parti d'appliquer le feu : un fer rouge détruisit les fongosités, et la personne fut radicalement guérie (3).

A. Westphal, voulant prouver combien il est utile d'inciser la gencive dans la dentition difficile, rapporte le cas d'un malade chez lequel une canine qui ne pouvait pas percer excita une violente ophthalmie du même côté avec procidence de l'œil: ces accidens disparurent tout-à-coup quand la gencive eut été fendue jusqu'à la dent (4). J. E. Bertin soutint aussi qu'on ne doit jamais négliger les inci-

(1) *Trattato sopra la qualità de'denti. Firenze*, 1740.
(2) *Anatomy of human body*, p. 19.
(3) *Mém. de l'Acad. de chir.* T. V, p. 259.
(4) *Act. nat. cur. vol.* VIII, *obs.* 66, p. 249.

sions, mais qu'il faut les faire assez larges et assez profondes (1).

Planque s'éleva contre le préjugé qui portait à croire que l'extraction des canines est dangereuse (2), et C. G. Frège conseilla l'emplâtre de Pamphile comme un excellent moyen pour arrêter les hémorrhagies abondantes qui se déclarent quelquefois à la suite de l'arrachement d'une dent (3).

Les ouvrages consacrés exclusivement à la chirurgie dentaire devinrent chaque jour de plus en plus fréquens, surtout en France, où le livre de Fauchard avait été accueilli d'une manière brillante. Un certain Mouton publia, vers l'époque où nous sommes arrivés, un traité spécial sur l'art d'appliquer les dents artificielles. Il y montre qu'on peut faire cette application de trois manières différentes, en attachant une nouvelle couronne à l'ancienne par le moyen d'une tige vissée, ou en fabriquant des rateliers entiers, qui, garnis de ressorts, se placent et s'enlèvent à volonté, ou enfin en transplantant une dent fraîchement arrachée dans l'alvéole de celle dont on a été obligé de pratiquer l'évulsion, car souvent elle s'affermit dans cette cavité, et adhère fortement à ses parois. Mouton décrit encore diverses autres pratiques de l'art du dentiste, et indique les précautions à prendre pour qu'une dent transplantée se conserve (4).

On avait déjà remarqué combien il est avantageux d'employer tous les moyens propres à faciliter la première dentition chez les enfans, pour que les dents de la seconde croissent dans une direc-

(1) Journal de médecine, 1756.

(2) Planque, Bibliothèque de médecine, T. III. (Paris, 1748).

(3) *Act. nat. curios. loc. cit. obs.* 118, p. 436.

(4) Essai d'odontotechnique, ou Dissertation sur les dents artificielles. Paris, 1746.

tion convenable, et qu'elles se conservent bien par la suite. L'Ecluse s'attacha d'une manière spéciale à faire ressortir les avantages de cette méthode (1). Il décrivit aussi plusieurs instrumens nouveaux, parmi lesquels on trouve, pour la première fois, du moins autant que je puis le penser, une clef à deux têtes pour l'extraction des racines. Il vanta également beaucoup un levier pointu pour enlever les molaires, et un pélican triple, avec lequel, dans un cas difficile, il arracha une molaire qui était fortement serrée contre sa voisine (2). L'Ecluse enlevait les dents creuses, les remplissait de plomb, les remettait ensuite dans l'alvéole, et croyait qu'en huit jours elle s'y affermissent assez pour pouvoir rendre ensuite les mêmes offices que les dents naturelles, sur lesquelles elles ont l'avantage de ne jamais être douloureuses. Quand il existait un vide à côté de la dent à extraire, ce praticien le remplissait avec un petit morceau de bois creusé en gouttière, afin de se procurer un point d'appui pour l'instrument. Il assure avoir arraché sans accident, d'après ce procédé, des dents dont les racines étaient réunies par une barre transversale (3). J. C. Jancke (4) et C. C. Schmiedel (5) insistèrent aussi sur les bons effets de l'incision des gencives dans la dentition difficile, et sur les soins qu'exige la denture durant les premiers temps de la vie.

L. H. Runge, auteur d'un mémoire très-substantiel sur les maladies des sinus maxillaires, fit voir que les

(1) Traité utile au public, etc. Nancy, 1750.

(2) Nouveaux élémens d'odontologie. Paris, 1754.

(3) Eclaircissemens essentiels pour parvenir à préserver les dents, etc. Paris, 1755.

(4) *De ossibus mandibulæ puerorum septennium. Lips.* 1751. — *De dentibus evellendis Ibid.*

(5) *De dentitione. Erlang.* 1751.

matières âcres qui s'amassent dans ces cavités corrodent non-seulement les alvéoles, mais encore le plancher de l'orbite, et que quelquefois aussi le pus des alvéoles se fraye une issue dans l'antre d'Highmore. Il montra que des polypes, des tumeurs enkystées, cancéreuses ou sarcomateuses, et des exostoses, se développent quelquefois dans l'intérieur de ces cavernes, sans qu'on puisse en soupçonner d'abord l'existence, parce qu'ils ne se montrent au-dehors qu'après un certain laps de temps. Son père, appelé près d'un malade dont les parois du sinus étaient considérablement gonflées du côté de la joue, du palais et du nez, souleva la joue, perça la paroi antérieure de cette cavité, au-dessus des dents molaires, avec un fort scalpel, et agrandit l'ouverture en tournant l'instrument sur son axe: il s'écoula une grande quantité de fluide, et, lorsqu'une inflammation violente qui survint, fut appaisée, on fit des injections aromatiques et détersives. L'opérateur pratiqua encore, dans la suite, l'extraction de la canine, parce qu'elle était implantée obliquement: il trouva que l'alvéole de cette dent communiquait avec le sinus maxillaire, dont les injections que l'on continuait toujours de faire, guérirent si bien l'affection, que le malade n'en conserva pas même la moindre difformité. Runge observa plusieurs fois des affections semblables à la mâchoire inférieure. Il vit aussi une tumeur enkystée qui pendait à la racine d'une canine, fraîchement extraite, d'où il conclut que la maladie traitée par son père dépendait d'une tumeur enkystée analogue, mais très-volumineuse. L'ozène lui paraissait être toujours la suite des abcès dans le sinus maxillaire, contre lesquels il voulait qu'on employât l'opération de Drake. Il propose une espèce de *speculum oris*, qui, écartant la joue, facilite l'o-

pération, en procurant plus d'espace pour le jeu de l'instrument (1).

G. Heuermann conseille également d'arracher la quatrième ou la cinquième molaire supérieure, dans les abcès du sinus maxillaire, et, lorsque la matière ne sort pas sur le champ, de plonger un stylet à travers la peau et les os qui entourent les alvéoles : on place ensuite, dans cette ouverture, une petite canule qui facilite l'écoulement des fluides, et par laquelle on introduit plus aisément les substances médicamenteuses. Il fait remarquer d'ailleurs que la capacité de l'antre d'Higmore varie beaucoup suivant les sujets, et que le choix des molaires à arracher est sujet à des variations correspondantes (2).

On doit exciser les ulcères cancéreux des gencives, lorsqu'il est possible d'extirper tout le mal à-la-fois. Les ulcères de ces parties, même lorsqu'ils ne sont pas cancéreux, causent en général de grandes altérations dans les os, de sorte qu'il faut amener à maturité et ouvrir le plus promptement possible tous les abcès qui se développent dans le tissu de la gencive. Quant aux tumeurs et aux excroissances, on les emporte avec le bistouri, puis on arrête l'hémorrhagie avec de l'amadoue : ou bien on lie l'excroissance lorsqu'il est possible de le faire. Heuermann propose un plan de traitement très-rationnel contre l'odontalgie, mais il pense néanmoins que l'évulsion est, dans bien des cas, le seul moyen par lequel on puisse mettre un terme aux douleurs. Il ne s'écarte en rien de Fauchard pour ce qui concerne l'art de plomber et d'attacher les dents. Mais il est le premier qui dise qu'on peut très-bien se dispenser de préparer la personne à laquelle on doit en ar-

(1) *Diss. de morbis præc. sinuum*, etc. *Rintel.* 1750. — Dans *Haller*, *Diss. chirurg. vol.* I, p. 205.

(2) *Abhandlung von den vornehmsten Operationen. Th.* III, p. 45.

racher une. Il convient toutefois que cette opération peut être dangereuse et suivie d'une hémorrhagie abondante, de dilacération des gencives, de fracture des mâchoires, et même de cancer des parties voisines. Il conseille sur-tout d'extraire les canines avec beaucoup de circonspection, parce que leur évulsion occasionne souvent des inflammations assez vives, aux yeux, aux joues ou dans la gorge. Il veut aussi que, dans le plus grand nombre des cas, on détache la gencive de la dent. Quant à l'extraction, il l'exécutait avec le davier, le pélican, ou la clef anglaise, qui commençait à être connue, d'après Fauchard, Bunon et L'Écluse (1).

A-peu-près dans le même temps J.-Ch. Schæffer publia un opuscule contre les prétendus vers odontalgiques, dans lequel il démontra la non-existence de ces animaux, et l'inutilité de tous les moyens employés pour les détruire: si ces moyens appaisent les douleurs, ils le font de toute autre manière qu'en tuant des vers (2).

Dans une carie de la mâchoire supérieure, Ol. Acrel arracha trois dents branlantes, porta par les alvéoles une sonde jusque dans le sinus maxillaire, et en introduisit une autre dans les trous qui s'étaient formés à la paroi nasale. Comme le cautère actuel causait des douleurs trop vives, il injecta de l'acide sulfurique étendu d'eau par ces deux ouvertures, fit l'extraction de plusieurs pièces osseuses, entr'autres du cornet inférieur et de la moitié du vomer, et finit par guérir complètement le malade (3). Il croyait que les os sont plus ou moins attaqués dans la véritable épulie, parce qu'il trouva toujours des

(1) *Ibid.* p. 52.

(2) *Die eingebilden Wuermer in den Zaehnen, nebst den vermeintlichen Huelfsmitteln*, 20. *Regensburg*, 1757.

(3) *Chirurgiska haendelser*, *f°*. 149.

pointes saillantes de spina-ventosa dans les tumeurs de ce genre : aussi en allait-il toujours chercher les racines jusque dans le tissu des os, et employait-il ensuite l'acide muriatique qu'il préférait au cautère actuel pour cet usage. Il vit souvent des épulies provenir d'une trop grande abondance de tartre, et il admet que, chez certains individus, elle sont l'effet d'un vice cancéreux occulte, cas dans lequel il faut les lier, puis les cautériser, et non les exciser, parce que l'opération entraînerait une hémorrhagie mortelle (1).

Les mêmes motifs engagèrent Th. de Bordeu à se prononcer contre l'excision radicale des parulies, que divers praticiens avaient conseillée (2).

G. T. Rau écrivit un mémoire spécial sur les avantages des scarifications faites aux gencives dans les violens maux de dents (3), et J. Z. Platner, qui du reste suit Fauchard pas à pas, était convaincu aussi de leur efficacité (4).

Bourdet prescrivit de ruginer le plus promptement possible les portions cariées des dents, surtout chez les enfans. Il perforait celles dont l'intérieur renfermait un abcès caché, et luxait celles qui causaient de fortes douleurs: la douleur, dit-il, cesse aussitôt après le renversement, et on peut alors remettre la dent en place. Il redressait aussi les dents disposées d'une manière irrégulière. Dans le principe il opérait cette luxation et ce redressement avec le pélican ordinaire ; mais plus tard il se servit d'un autre instrument garni d'un corps triangulaire et creux, qui, appuyé sur les dents voisines, servait de repoussoir, tandis que le cro-

(1) *Ibid.* p. 144.
(2) Du tissu muqueux. Paris, 1766.
(3) *Act. ephem. nat. cur. vol.* I, *Append.*
(4) *Platner. inst. chirurg.* §. 1074, p. 712.

chet saisissait la dent déviée. Bourdet arrachait les dents creuses, les remplissait de feuilles d'or battu, les remettait en place, et prétendait qu'elles reprennent très-bien. Il excisait les fongosités des gencives ; mais quand elles étaient livides ou cancéreuses, il les cautérisait (1).

On trouve dans les ouvrages de Bourdet plusieurs méthodes et diverses machines pour remplacer les dents qui manquent, et redresser celles qui ont pris une direction vicieuse. Ce dentiste appliquait des rateliers entiers, et réparait même la perte des gencives. Il fit subir plusieurs modifications aux instrumens connus avant lui, entr'autres au pélican, et lorsqu'il y avait une fistule en communication avec le sinus maxillaire, il introduisait une canule dans cette cavité, après l'avoir ouverte par la perforation d'une alvéole (2). Un peu plus tard, il proposa l'adustion, qu'il restreignit cependant beaucoup trop, dans les maladies de l'antre d'Highmore, principalement contre les polypes et sarcomes (3). Le conseil qu'il donne d'arracher de bonne heure les dents de lait, et surtout la première molaire, ne convient non plus que dans un petit nombre de cas ; mais on ne peut qu'approuver tout ce qu'il dit sur les moyens d'entretenir la propreté des dents, et du nombre desquels il rejette les essences, les teintures, en un mot toutes les substances douées de quelque âcreté (4).

Ph. Pfaff apporta aussi quelques modifications aux instrumens de chirurgie dentaire, et il en inventa un nouveau pour pratiquer l'extraction. Le but

(1) Recherches et observations sur toutes les parties de l'art du dentiste. Paris, 1767, T. I.
(2) *Ibid.* T. II.
(3) Sur les dépôts des sinus maxillaires. Paris, 1764.
(4) Soins faciles pour la propreté de la bouche. Paris, 1759,

principal de ses efforts fût de démontrer que les ulcérations des gencives et les fistules des mâchoires dépendent presque toujours d'une dent gâtée, et qu'en conséquence le seul moyen de les guérir consiste à arracher cette dernière, mais qu'on doit toujours faire l'opération avec beaucoup de prudence et de circonspection, parce qu'il est impossible de l'exécuter sans léser les mâchoires, sur-tout lorsqu'il s'agit des dernières molaires. Quand la couronne d'une dent est cassée, il n'est pas indispensablement nécessaire d'en arracher la racine : celle-ci peut au contraire servir de point d'appui à une nouvelle couronne. Pfaff entre dans les plus grands détails sur l'application des dents artificielles et des dentiers (1).

On avait tant de fois vu des hémorrhagies dangereuses succéder à l'extraction des dents, qu'on dût enfin s'occuper de découvrir des moyens propres à les arrêter. Bellocq conseilla, dans cette vue, d'appliquer une boulette de cire molle sur l'orifice du vaisseau, au fond de l'alvéole (2). Le dentiste Foucou inventa, pour le même usage, un instrument particulier, dont il est difficile de donner la description, et à l'aide duquel on peut comprimer soit latéralement, soit de haut en bas ou de bas en haut, tant la mâchoire supérieure que l'inférieure (3). F. H. L. Musel, se trouvant auprès d'un malade dont une hémorrhagie alvéolaire menaçait de terminer les jours, parvint à se rendre maître du sang avec un morceau d'éponge préparée qu'il enfonça dans la cavité (4). C. Peyroux proposa plusieurs

(1) *Abhandlung von den Zaehnen des menschlichen Koerpers und ihren Krankheiten. Berlin*, 1756.

(2) Mémoires de chirurgie, vol. III, p. 600.

(3) *Ibid.* Hist. de l'Acad. p. 28.

(4) *Med. and. chir. Wahrnehmungen. Samml.* 1. *Berlin*, 1754.

autres moyens pour arriver au même but (1).

Benj. Gooch, voulant guérir un abcès du sinus maxillaire qui s'était frayé une issue par le nez, perfora la face interne de l'os maxillaire supérieur, parce que la personne avait déjà perdu ses dents depuis long-temps, et que les alvéoles étaient même oblitérées : une canule de plomb fut introduite dans l'ouverture pour empêcher qu'elle ne se refermât, et le malade se trouva bientôt radicalement guéri (2). Mais, dans un autre cas analogue, où les dents existaient encore, il en arracha deux, dont il perça ensuite le fond des alvéoles. Il vit aussi se reproduire une grande partie de la mâchoire inférieure avec cinq dents que la carie avait détruites, et qu'on avait été obligé d'enlever (3). J. F. Henkel venait de publier une observation à-peu-près semblable, celle d'une grande partie de la mâchoire inférieure qui s'était également reproduite (4).

Jourdain contribua beaucoup par son zèle aux progrès de la médecine dentaire. Il fit d'abord connaître plusieurs instrumens de son invention pour arracher les dents, et quelques remarques sur la consolidation des dents transplantées (5). Ensuite il donna un ouvrage qui traite spécialement des maladies du sinus maxillaire. Le principal but de ce livre est de faire voir combien il importe, tant de rouvrir le conduit par lequel l'antre d'Highmore communique avec le nez, et qui se trouve la plupart du temps obstrué dans les maladies du sinus, que de pratiquer des injections par cette voie. Lors-

(1) Observations médicinales. Paris, 1759.
(2) *Medical and surgical observ.* — V. *Richter's chirurg. Bibl.* T. II, cah. 4, p. 128.
(3) *A practical treatise on wounds. vol.* II. *Norwich*, 1767.
(4) *Medic. chir. Anmerkungen. Samml.* 7. *Berlin*, 1760.
(5) Journal de médecine, 1759, vol. X.

qu'on ne peut y parvenir, presque toujours il convient d'arracher des dents et d'en percer les alvéoles, mais quelquefois aussi on peut mettre les os palatins à nu et les perforer, ce que Jourdain a fait lui-même avec un plein succès. Il introduisait ensuite des bougies emplastiques pour guérir la carie, et l'application du fer rouge lui a été fort souvent utile. Les fractures des mâchoires qui surviennent fréquemment lors de l'extraction des dents, sont, suivant lui, exemptes de tout danger, et le seul soin qu'elles exigent, c'est qu'on fasse la coaptation des fragmens, après quoi elles se consolident toujours. Jourdain a donné de très-bons conseils sur la manière d'employer le pélican : il rejetait complètement l'application de la lime sur les dents, et regardait comme un très-bon procédé la perforation de leur couronne, quand il existe un abcès dans leur intérieur (1).

Le même écrivain publia, dans la suite, un assez grand nombre d'observations à l'appui des principes qu'il avait mis en avant. Dans un cas très-épineux, où la membrane qui tapisse le sinus maxillaire était couverte de végétations fongueuses, il ouvrit cette cavité après avoir arraché des dents, puis excisa et cautérisa de grands lambeaux de la membrane, et guérit son malade (2). Beaucoup de praticiens blamèrent sa méthode de chercher à ouvrir l'orifice nasal de l'antre d'Highmore; l'Académie elle-même la déclara très-difficile, souvent inutile, et presque toujours dangereuse (3); mais Jourdain réfuta plusieurs fois les objections qu'on lui opposa, ainsi que nous le verrons dans la suite.

(1) Traité des dépôts dans les sinus maxillaires, des fractures et des caries, etc. Paris, 1760.

(2) Journal de médecine, vol. XXI. XXVII. XXXI. XXXVI.

(3) Mémoires de l'Académie de chirurgie, vol. IV, p. 329.

Les maladies du sinus maxillaire et les opérations qu'elles exigent, inspirant de plus en plus de l'intérêt, on commença de tous côtés à ne plus guères s'occuper d'autre objet que de celui-là.

Lamorier avait admis déjà un lieu de nécessité et un lieu d'élection pour la perforation du sinus : le premier est déterminé par la carie qu'on est obligé soit de ruginer, soit d'enlever avec la gouge, ou par une fistule dont il faut agrandir le trajet; le second, qu'on doit choisir dans toute autre circonstance, se trouve au-dessous de l'apophyse malaire, là où correspond le sommet de la pyramide que forme la cavité. Lorsqu'on veut pratiquer la perforation en cet endroit, on fait serrer les dents à la personne, on tire le coin de la bouche du côté malade vers l'oreille avec un crochet mousse ou un *speculum* particulier, et l'on fait, sous l'apophyse, au-dessus de la troisième molaire, une incision comprenant la gencive et le périoste: on applique un petit trépan perforatif au fond de cette incision, et on le fait agir avec précaution ; quand l'ouverture est achevée, on l'agrandit si les circonstances l'exigent : il est quelquefois nécessaire de lui donner une étendue considérable (1).

Dans un cas où l'affection de l'antre d'Highmore avait fait naître une fistule au palais, Ruffel pratiqua une contre-ouverture à l'extérieur, en plongeant un trois-quarts par l'ouverture interne : il passa un séton dans la cavité, le laissa six semaines en place, et guérit le malade (2).

Beaupreau extirpa, dans un cas, une très-grande pièce de la paroi du sinus maxillaire ; mais, dans un autre, il raffermit les os qui vacillaient, au

(1) Mémoires de l'Acad. de Chir. vol. IV, p. 329.
(2) *Ibid.*, *ibid.*

moyen d'un fil d'or passé à travers les alvéoles perforées (1).

Dubertrand extirpa un polype volumineux par une ouverture qu'il avait faite en confondant les alvéoles de deux dents, et enlevant les parties osseuses cariées. Une hémorrhagie très-abondante qui survint pendant l'opération, l'obligea de tamponner du côté de la bouche et du nez a la fois (2).

Un polype analogue s'était fait jour à travers les os, sous l'apophyse malaire, Caumont le détruisit avec une dissolution mercurielle, après avoir bouché, pour permettre à la liqueur de séjourner, les alvéoles qui avaient été perforées long-temps auparavant (3).

Dupont observa des polypes dans les deux sinus maxillaires à la fois, et en détruisit un par la cautérisation avec le fer rouge; quant à l'autre, le malade finit par le moucher de lui-même (4).

Dans un cas de cette nature, Chastenet enleva presque toute la partie inférieure de la mâchoire supérieure avec le palais, qui tous deux étaient cariés et vacillans : la plaie, quoique d'une étendue considérable, se cicatrisa parfaitement, après l'extirpation du polype, et par l'emploi des moyens convenables (5). Mais ce fut en vain que Doublet extirpa trois fois des excroissances fongueuses dans le nez et dans l'angle interne de l'œil, dont, après la mort du malade, on trouva que les racines s'étendaient jusque dans l'antre d'Highmore. (6).

Un malade offrait une dilatation énorme du sinus maxillaire. David mit l'os à nu, enleva toute la portion gonflée avec la scie, puis retrancha péni-

(1) Lettre à M. Cochois sur le Traité des sinus maxillaires. Paris, 1769.
(2) Mémoires de l'Académie de chirurgie, vol. V, p. 225.
(3) *Ibid.*
(4) *Ibid.*
(5) *Ibid.*
(6) *Ibid.*

blement la membrane muqueuse dégénérée, dont il consuma les débris avec le fer rouge (1).

Thomas Bordenave profita de cette observation et de plusieurs cas analogues qui s'étaient présentés à lui, pour écrire son grand Traité sur les maladies de l'antre d'Highmore. Il fit voir qu'on ne doit pas prendre pour du pus le fluide séreux et muqueux qu'on voit s'écouler quelquefois de cette cavité après l'extraction d'une dent canine (2), ni les collections de mucosités qui s'y forment souvent, quoique ces dernières ne tardent pas à se convertir réellement en pus, et qu'elles donnent alors naissance à un ozène maxillaire. Ces suppurations ne dépendent pas tant de l'inflammation de la membrane muqueuse du sinus que de la présence d'une dent creuse, d'une parulie, d'une excroissance à la racine des dents, ou autres causes semblables. Cependant l'inflammation se développe spontanément chez certains individus : on peut la reconnaître de bonne heure, et l'on doit profiter de la connaissance qu'on en acquiert, pour prévenir la carie, en se hâtant de donner issue à la matière. Mais il est fort rare que l'extraction des dents et la perforation de leurs alvéoles suffisent : presque toujours il faut agrandir considérablement l'ouverture. D'ailleurs ce n'est pas, dans tous les cas, la même dent qu'on arrache : la situation de la carie ou le point habituellement douloureux détermine celle dont on doit pratiquer l'évulsion. Si toutes les dents sont saines, on choisit celle qui cause le plus de douleur quand on en frappe la couronne.

(1) Traité de la nutrition et de l'accroissement, etc., p. 235.

(2) Bordenave croit qu'Highmore a rencontré cette maladie dans le cas qui s'est présenté à lui; mais je crois qu'il se trompe, car, malgré qu'Highmore soit très-concis, on peut conclure de son récit qu'il a vu précisément le contraire, ainsi que je l'ai dit plus haut.

Du reste, toutes les molaires, à l'exception de la première, pénètrent dans le sinus; mais si l'on est maître du choix, il vaut mieux arracher la troisième que toute autre, et quand plusieurs dents sont cariées, on les extrait toutes, parce qu'elles sont inutiles. L'ouverture doit être entretenue béante pendant un certain laps de temps : une canule de plomb est préférable, pour remplir cette indication, aux tentes et aux cordes à boyau, qui ne permettent pas l'écoulement des fluides.

Lorsqu'il y a déjà long-temps que les dents ont été arrachées, ou qu'elles sont tombées, tous ces procédés sont inexécutables, et c'est là véritablement le cas de recourir à la méthode de Lamorier, à laquelle on doit néanmoins préférer l'opération de Cowper, dans toute autre circonstance, aussi-bien que quand elle n'est pas indiquée par des tumeurs particulières, la carie, des corps étrangers dans le sinus, ou autres causes analogues. Les injections par l'orifice naturel de l'antre, telles que Jourdain les a conseillées, sont presque toujours insuffisantes. En général, on ne saurait tracer aucune règle précise relativement à tel ou tel autre des procédés opératoires, et Bourdet a prodigué des éloges beaucoup trop exagérés au fer rouge, qui l'emporte cependant de beaucoup sur le cautère potentiel. Fort souvent il suffit d'extraire une dent cariée pour guérir la maladie qui était entretenue par elle (1).

Plus tard, Bordenave s'occupa d'une manière spéciale des polypes et des exostoses du sinus maxillaire. Il blâma l'adoption exclusive d'un procédé opératoire quelconque. Dès qu'on a reconnu l'existence d'un polype, il faut ouvrir la cavité,

(1) Mém. de chirurgie, vol. IV, p. 329.

ou dilater l'ouverture qui existe déjà, pour arracher, faire suppurer ou brûler cette excroissance. Lorsque les exostoses ont résisté pendant long-temps aux résolutifs à l'extérieur et aux incisifs à l'intérieur, on les met à nu, on les perfore avec le trépan ou avec des ciseaux pointus, et on favorise l'exfoliation par l'application d'un fer ardent. Le boursouflement des parois de l'antre, semblable à celui dont David fait mention, ne doit pas être confondu avec l'augmentation réelle de la masse osseuse, et il exige quelquefois un tout autre traitement (1).

Les exostoses de la mâchoire inférieure dérivent la plupart du temps d'une cachexie générale; mais quelquefois aussi elles sont la suite d'une maladie des dents, et en particulier d'une épulie. Bordenave a toujours trouvé, après avoir arraché les dents suspectes, que les alvéoles communiquaient avec l'intérieur de la tumeur; il agrandissait ensuite les ouvertures alvéolaires, afin de pouvoir faire des injections et introduire des bourdonnets; par cette méthode, il procura plusieurs fois une guérison radicale, qui se fit à la vérité attendre très-long-temps. Il recommande le même mode de traitement dans les exostoses creuses de la mâchoire inférieure; mais il veut qu'on abandonne à elles-mêmes les exostoses solides qui persistent après la destruction de la cachexie, quoique l'expérience apprenne que des pièces assez considérables de la mâchoire inférieure peuvent être enlevées sans inconvénient, et que la nature finit même par en réparer la perte. Ainsi Le Guernecy arracha près de la moitié de la mâchoire avec les dents, et Belmain non loin des deux tiers : cependant il se forma très-rapidement,

(1) Mém. de chir. vol. V, p. 225.

dans les deux cas, un cal qui fit disparaître le vide. (1).

Tob. Schœne (2) et J. Van Lill (3) avaient déjà publié quelques observations analogues, et plusieurs autres, dont nous avons déjà parlé, prouvent que les faits de cette nature n'étaient nullement nouveaux.

Vers la même époque, un anonyme fit connaître un instrument, qui fut beaucoup vanté, pour arracher les dents de devant lorsqu'elles tenaient d'une manière trop solide. C'est une pince à branches renversées, qui sont mobiles dans l'endroit où elles s'entrecroisent, et qui se courbent sur leur axe, de manière qu'elles conservent toujours la même direction, quel que soit le sens dans lequel on tourne le manche; il y a en outre un appui, qui, appliqué sur la dent voisine, sert d'hypomochlion, en sorte que quand la dent qu'on veut arracher vacille, on peut l'arracher directement de bas en haut et de haut en bas (4). On avait déjà proposé plusieurs instrumens analogues, mais qui firent moins de sensation, et que j'ai passés sous silence pour cette raison; nous ne tarderons pas à en voir paraître d'autres encore.

L'application de l'aimant à la cure des maux de dents fit à cette époque beaucoup de bruit parmi les dentistes. J. G. Teske regardait le magnétisme comme le moyen le plus efficace contre l'odontalgie: suivant lui, il agit comme un fluide électrique, produit ordinairement de la chaleur ou du

(1) *Ibid.* p. 338.

(2) *Sammlung der medicinischen Societaet zu Budissin. Altenburg*, 1757.

(3) *Verhandelingen der hollandischen Maatschappy. vol.* VIII, *P.* I. *Haarlem*, 1765.

(4) Dans le *British Magaz.* 1762. — Comp. *Bell's Lehrbegriff. Th.* III, *S.* 589, *taf.* 13, *fig.* 164. 165.

froid, et soulage toujours, quoiqu'avec plus ou moins de promptitude (1). Cependant dès l'année suivante, F. E. Glaubrecht fit tomber de beaucoup le crédit de ce nouveau remède, en disant que la douleur cède bien pour quelque temps lorsqu'on a frotté la dent avec le barreau aimanté, mais qu'elle reparaît ensuite plus violente que jamais (2). J. G. Pasch assura même que ce mode de traitement, loin d'être simplement inutile, entraîne quelquefois des maux fort graves (3). C'est ainsi que les vertus odontalgiques de l'aimant tombèrent peu à peu dans l'oubli, ou que le magnétisme fut mis au niveau des autres remèdes sympathiques dont on fait tant d'usage en pareil cas. Th. Berdmore ne tarda même pas à le tourner en ridicule (4).

D'un autre côté, Antoine Portal soutint, contre la croyance générale appuyée sur des faits nombreux, qu'une dent arrachée ne peut point reprendre dans l'alvéole, avec quelque promptitude qu'on en fasse la reposition (5); mais C. A. Graebner ne tarda pas à démontrer que la chose est possible, non seulement pour les dents mêmes de l'individu, mais pour celles qui viennent d'être arrachées à une personne, et qu'on place dans la mâchoire d'une autre (6).

La méthode de fendre la gencive dans la dentition difficile acquérait chaque jour de nouveaux partisans. Dupont du Mesnil en obtint les résultats

(1) *Neue Versuche zu Curierung der Zahnschmerzen vermittelst eines magnetischen Stahles. Koenigsberg*, 1765.

(2) *Diss. de odontalgiá. Argent.* 1766.

(3) *Abhandlung aus der Wundarzney, von den Zaehnen, u. s. w. Wien*, 1767.

(4) *A Treatise on the disorders and difformities of teeth and gums. London*, 1770.

(5) Précis de chirurgie pratique. Paris, 1767, vol. II.

(6) *Gedanken ueber das Hervorkommen und Wechseln der Zaehne. Langensalza*, 1768.

les plus avantageux (1). A. A. Brunner prétendit qu'il n'y a point d'autre moyen pour remédier aux accidens de la dentition; mais il n'en conseilla pas moins de ne point pratiquer les incisions trop tard, et sur-tout de ne pas croire que le meilleur temps est celui où la gencive devient blanche, parce que cette teinte ne dépend souvent pas de ce que la dent s'aperçoit au-travers des parties molles, mais tient à la texture celluleuse de la gencive elle-même. Il condamna aussi la coutume de donner, dans ces circonstances, aux enfans des corps durs pour les mordre (2). Pasch alla même jusqu'à prétendre qu'un enfant mort en faisant ses dents, succomba parce qu'on avait négligé de lui fendre la gencive (3).

Cependant Brunner établit, dans un autre ouvrage, que l'incision de la gencive est rarement nécessaire, et qu'on ne doit arracher les dents de lait que quand on aperçoit manifestement les signes de la prochaine apparition des dents de la seconde dentition, parce que fort souvent les secondes dents ne paraissent point, et que les premières persistent durant toute la vie. Brunner se servait des doigts pour remettre les dents mal rangées dans la direction qui leur convient; et lorsqu'elles refusaient de demeurer en place, il les attachait avec des fils de soie, qu'il préférait toujours aux fils d'or, parce que ceux-ci sont trop sujets à couper. Lorsque le doigt ne suffisait pas pour ramener la dent à la situation qu'elle devait avoir, il employait un instrument particulier, dont le crochet tirait, au moyen d'une vis, la dent mal rangée contre une

(1) Journal de médecine, vol. XXVIII.
(2) *Abhandlung von dem Hervorbrechen der Zaehne. Wien*, 1771.
(3) *Loc. citato.*

plaque demi-circulaire appuyée sur la dent voisine. Quand la carie ne faisait qu'effleurer la surface des dents, il l'enlevait avec la lime, malgré qu'il ne lui parût d'ailleurs point convenable de recourir à cet instrument chez des sujets âgés de moins de quinze ans. Lorsqu'une dent cariée était en même-temps branlante, il se contentait d'y creuser une petite goutière avec la lime, après quoi il en retranchait la quantité nécessaire avec une pince. A cette fin, et pour saisir les dents trop volumineuses, il se servait d'une pince particulière avec une branche tranchante et une autre courbée et creusée en gouttière, qui ne servait que de point d'appui. Rien ne lui paraissait plus propre que des feuilles d'or coupées en morceaux d'une certaine grandeur, pour remplir les dents creuses, et le davier était à ses yeux l'instrument le plus commode pour pratiquer l'extraction. Cependant il se servait assez volontiers aussi de la clef ordinaire, avec laquelle on peut arracher une dent, soit en dehors, soit en dedans, selon la direction qu'on dónne au crochet. L'instrument qu'il recommande pour faire l'évulsion des dernières molaires, est le pélican de Bourdet perfectionné. Il paraît ajouter foi aux propriétés odontalgiques de l'aimant, et conseille d'en porter toujours un morceau sur soi pour s'en servir au besoin. Il employait, pour opérer l'épulie, un bistouri courbé sur son plat, et des ciseaux de l'invention de Leber. Lorsqu'il voulait poser des dents artificielles, il commençait par enfoncer un morceau de cire dans le vide, afin de s'en servir comme d'un modèle. Du reste, il ne doutait point qu'une dent prise sur le sujet même, sur un autre individu, et même sur un mort, ne pût s'affermir parfaitement dans la mâchoire (1).

(1) *Einleitung zur nœthigen Wissenschaft eines Zahnarztes. Wien*, 1766.

L'ouvrage publié par Thomas Berdmore prouve qu'on ne s'occupait pas moins de la chirurgie dentaire en Angleterre qu'en Allemagne, et en France. J'ai déjà dit que ce praticien ne croyait pas à la guérison du mal de dents par la vertu du barreau aimanté. Il ne s'éleva pas moins contre l'usage d'arracher les dents douloureuses, parce qu'on parvient presque toujours, suivant lui, à calmer la douleur en faisant disparaître les causes qui la provoquent, et qui sont assez souvent des abcès situés à peu de distance. Il assujettissait les dents branlantes suivant la méthode ordinaire; mais lorsqu'elles vacillaient par suite de la trop grande brièveté des gencives, il scarifiait ces dernières. On doit généralement placer des dents artificielles dans les vides qui existent aux mâchoires, parce que ces vides sont souvent la cause qui fait que les autres dents vacillent. Les dents renversées ou mal rangées se resserrent d'après les procédés connus; mais lorsque la dent est renversée déjà depuis long temps ou cariée, on l'arrache, afin d'en limer la partie cariée, avec une portion de sa racine, après quoi on la replace dans l'alvéole. Berdmore assure néanmoins, contre l'opinion de tous ses confrères, qu'une pareille dent vacille toujours, qu'on ne peut point s'en servir pour manger, et que si elle prend de la solidité, elle ne le doit qu'à la manière étroite dont les parties voisines l'embrassent. Lorsque la dent implantée par le chirurgien dans une alvéole, cause des douleurs vives, on l'arrache, on laisse l'alvéole se fermer, et on se contente d'appliquer une simple couronne artificielle.

C'est la faute des instrumens, dit Berdmore, lorsqu'on lèse les mâchoires en arrachant une dent : presque toujours la pièce osseuse détachée se consolide avec du temps et des soins; on en fait l'ex-

traction lorsqu'elle est entièrement libre et garnie d'aspérités très-aiguës. Les racines demeurées dans l'alvéole sont plus faciles à arracher qu'on ne le croit; mais lorsqu'on ne peut y parvenir, on les cautérise avec le fer rouge, après quoi elles périssent, et tombent d'elles-mêmes. Quand une hémorrhagie se déclare par une alvéole, on l'arrête au moyen de la compression exercée à la faveur des dents correspondantes de l'autre mâchoire. Berdmore suit la même marche que Cowper et Drake dans les abcès du sinus maxillaire. Il veut qu'on ne touche point à la carie sèche des dents, mais que, dès qu'elle devient humide, on la fasse disparaître avec la lime, et que, quand elle a déjà donné naissance à des cavernes, on promène le fer rouge dans ces cavités, ou qu'on les cautérise, soit avec l'eau forte, soit avec la pierre infernale, puis qu'on les remplisse d'abord avec une gomme résine, ensuite avec des feuilles d'or battu. Mais si la couronne entière est gâtée, il faut la limer, et adapter une couronne artificielle à la racine, au moyen d'une vis ou de fils métalliques, si le malade ne peut pas supporter la première. Lorsque la sortie des dents, principalement de celles de sagesse, excite de vives douleurs, on fait une profonde incision cruciale à la gencive (1). Berdmore insiste également sur les avantages de cette opération chez les enfans qui font leurs premières dents : presque toujours on la diffère beaucoup trop, et jamais il ne faut lui préférer des corps durs qu'on donne à l'enfant pour les mordre. L'extraction des dents de lait ne doit se faire que quand on est certain de la sortie prochaine des secondes dents; mais souvent on est obligé d'en arracher trois pour

(1) *A treatis*. etc. *vol*. I.

procurer assez de place à la nouvelle : si l'on néglige cette précaution, les dents secondaires sont mal rangées, et tous les moyens qu'on pourrait mettre en usage dans l'âge adulte, pour corriger leur direction vicieuse, seraient infructueux ou nuisibles. La torsion soudaine, tant vantée par Jourdain, par Fauchard et par d'autres, a sur-tout l'inconvénient de blesser presque toujours les alvéoles, et de donner lieu à des accidens très-fâcheux. Néanmoins, chez les jeunes gens, on peut produire quelqu'effet en ayant recours à une ligature serrée, et portée pendant long-temps. A cette époque et dans l'âge adulte, l'usage de la lime est dangereux, tandis qu'on peut fort bien s'en servir chez les personnes âgées, lorsque les nerfs et les vaisseaux dentaires ont perdu leur vitalité. Berdmore conseille en outre, d'être très-circonspect dans l'emploi des poudres et des teintures dentifrices, et, comme il paraît être grand ennemi des dents artificielles, il termine en cherchant à prouver que, lors même qu'elles sont bien faites, bien fixées, et qu'elles ne deviennent ni jaunes, ni fétides, cependant elles font perdre aux voisines leur solidité, ou du moins en déforment la couronne par les sillons que les ligatures y produisent (1).

L'opuscule de Richard Curtis, qui roule à-peu-près sur les mêmes objets, contient des préceptes moins judicieux. L'auteur s'étend néanmoins davantage sur les maladies du sinus maxillaire, et lui-même ouvrit plusieurs fois cette cavité d'après la méthode de Cowper (2).

Jean Aitkin proposa une correction à la clef anglaise : celle-ci agit horisontalement, de manière

(1) *Ibid. vol.* II.
(2) *Abhandlung von der Bau und der Bildung der Zaehne: aus dem Engl. Altenburg*, 1770.

qu'elle contond toujours les gencives, et que, sur six cas, il en est cinq dans lesquels elle fracture le bord alvéolaire ou casse les racines. L'instrument d'Aitkin a pour but d'obvier à tous ces inconvéniens, de ménager la gencive, et d'arracher la dent directement de haut en bas, ou du moins en la renversant très-peu en dehors : la description que l'auteur donne est trop obscure pour que je la rapporte ici (1).

Jean Hunter ignorait sans doute l'existence de cette clef, puisqu'il dit que tous les instrumens connus pour arracher les dents agissent latéralement, ce qui fait qu'ils brisent presque toujours une portion du rebord alvéolaire. Cet accident n'est d'ailleurs pas très-fâcheux, suivant lui, et la seule précaution qu'on ait à prendre, c'est d'extraire la dent du côté où la paroi de l'arcade dentaire est le plus mince : or, c'est du côté interne qu'elle l'est le plus pour les deux dernières molaires, et du côté externe pour toutes les autres dents : il faut donc arracher les premières en dedans, et les secondes en dehors. Quoiqu'il soit presque impossible de trouver chez un homme une dent capable de bien s'ajuster dans l'alvéole d'un autre, on peut cependant transplanter ces petits os avec succès, en ayant soin seulement que la racine soit toujours plus petite que l'alvéole, qualité qu'on peut lui donner en la limant avant de la mettre en place. Hunter prétend, contre Berdmore et Portal, qu'une dent ainsi transplantée peut finir par faire corps avec la mâchoire, absolument comme les ergots des coqs se soudent avec les os du crâne quand on les établit sur la tête de ces animaux, après leur avoir coupé la

(1) *Essays on several important subjects in surgery*, etc. London, 1771.

crête. Mais il ne faut pas se flatter que cette adhérence intime ait lieu si l'on prend une dent arrachée depuis long-temps, ou celle d'un squelette, qui, étant tout-à-fait privée de la vie, ne saurait jamais se consolider. Hunter conseille donc, lorsque la carie a déjà fait de grands progrès, d'arracher la dent, de la bien nettoyer, et de la replacer sur le-champ dans l'alvéole. On peut aussi appaiser les douleurs que cause une dent cariée, en la limant, la plombant, ou la brûlant soit avec le fer rouge, soit avec des caustiques : elle conserve ensuite la faculté de servir à la mastication. On ignore encore si la carie dentaire est contagieuse.

Une odontalgie insupportable dépend quelquefois, pense Hunter, d'un spina-ventosa des racines, cas dans lequel aucun moyen ne peut soulager, si ce n'est l'extraction. Cette opération est également indiquée quand il y a carie aux racines: ici on ne saurait conseiller de remettre la dent en place après avoir enlevé le mal avec la lime, parce que presque toujours l'alvéole elle-même est attaquée. Il convient assez généralement d'exciser les tumeurs des gencives avec le bistouri ; mais, dans presque toutes les circonstances aussi, on est obligé de recourir à l'application du fer rouge pour arrêter la violente hémorrhagie qui survient.

Dans les abcès du sinus maxillaire, l'oblitération du conduit par lequel cette cavité communique avec le nez, est bien plus souvent le résultat que la cause de la maladie: les injections proposées par Jourdain ne peuvent donc pas être d'un grand secours.

On parvient bien à redresser les dents deviées, et la meilleure manière consiste à les comprimer par degrés avec une plaque métallique ; mais il est nécessaire d'arracher celles qui sont situées le plus hors de rang, pour procurer de l'espace aux autres.

On peut aussi, quand les dents inférieures dépassent le niveau des supérieures, les repousser en arrière à l'aide d'une plaque, comme le conseille Fauchard; car les dents cèdent beaucoup plus qu'on ne le pense à une pression continue, et cette pression agit bien davantage sur elles d'avant en arrière que dans la direction opposée.

Hunter soutient qu'il est inutile de détacher la gencive avant l'extraction, et de la comprimer après; mais il croit très-avantageux de la fendre dans la dentition difficile. On pratique les incisions à l'instant même où l'on voit survenir les accidens, qu'elles dissipent aussitôt, même lorsque la dent se trouve encore à une grande profondeur. La cicatrice ne peut pas nuire dans la suite, pourvu qu'on répète l'incision jusqu'à ce que la dent ait paru au dehors, et qu'on porte toujours l'instrument tranchant jusque sur la couronne (1).

Mayer Lewis adopta les principes de Hunter. Au premier signe de dentition, il incisait la gencive. Il croyait de même à la consolidation des dents transposées. Toutes les autres règles nombreuses qu'il trace, ne présentent rien de nouveau (2).

Pierre Auzebi proclama un arcane propre à remplacer ces incisions: il recommanda fortement aussi de frotter les gencives avec des corps durs, garnis d'inégalités et d'angles, parce que ceux qui sont ronds donnent naissance à des callosités. Les dents de lait n'ont jamais de racines suivant lui, ou quand elles en ont, elles persistent, de manière qu'on doit bien se garder d'arracher une dent de lait permanente, comme il ne faut point non plus extraire un trop grand nombre de dents de cette série à-la-fois, parce que celles qui viennent ensuite ayant

(1) *Natural history of the teeth and their diseases. London*, 1771.
(2) *Essay on the formation of the teeth. London*, 1772.

trop de jeu prennent une mauvaise direction. Autzebi répète, d'après les anciens chirurgiens, qu'il est bon d'ébranler une dent avant de l'arracher. Du reste il ne dit rien de remarquable (1).

Botot entra dans d'assez longs détails sur les abcès de la gencive, contre lesquels il recommanda particulièrement l'huile de camphre. Il vit aussi, comme Highmore, le sinus maxillaire se trouver ouvert après l'évulsion d'une dent, sans qu'il en résultât aucun accident (2).

A cette époque on disputait beaucoup en France sur la question de savoir s'il faut ouvrir les abcès de la mâchoire inférieure en dedans ou en dehors de la bouche. Jourdain avait adopté la première méthode. Poulain objecta qu'on ne peut du moins pas la suivre dans tous les cas, ce qu'il appuya en rapportant divers exemples d'accidens désagréables qui en avaient été la suite. Mais Jourdain répondit que ces accidens tenaient uniquement à ce qu'on n'avait pas donné assez d'étendue à l'ouverture intérieure (3). Malgré diverses autres objections qu'on lui opposa, il n'en demeura pas moins fidèle, comme on le verra bientôt, à sa méthode, en faveur de laquelle se déclara aussi Mercier, qui assura que la guérison se fait attendre moins long-temps lorsqu'on la suit (4).

Parmi les instrumens du dentiste dont parle Perret, on distingue, outre celui de Foucou, corrigé par le frère Côme, la clef anglaise et quelques autres (5).

J. L. Petit atteste qu'il suffit quelquefois d'une dent cariée pour faire naître des inflammations, des

(1) Traité d'odontalgie. Lyon, 1771.
(2) Journal de médecine, vol. XXXII. XXXVIII.
(3) *Ibid.* vol. XXXVI.
(4) *Ibid.* vol. XLI.
(5) L'art du coutelier, vol. II. sect. 1. Paris, 1772, pl. c. f.

fluxions opiniâtres, de la fièvre, etc., accidens que l'évulsion seule peut dissiper. Cet écrivain donne la figure d'un grand nombre d'instrumens, mais il n'indique point la manière de s'en servir (1).

On n'a pas besoin, suivant H. G. Courtois, de beaucoup ménager l'émail, lorsqu'on lime les dents, parce que cette substance se reproduit ordinairement. Il ne faut pas essayer de raffermir les dents branlantes chez les personnes âgées, car, quelque moyen qu'on mette en usage, l'alvéole, qui se rétrécit et s'efface peu-à-peu, finit par les chasser entièrement. Aucun remède, et l'aimant moins que tout autre encore, n'est en état d'appaiser les douleurs causées par une dent cariée, qu'il faut par conséquent arracher dans tous les cas. Richter fait observer (2) que ce précepte est beaucoup trop exclusif, puisqu'au contraire ou réussit presque constamment à calmer l'odontalgie, en conservant la dent. Il est très-rare, dit Courtois, quoiqu'on en voie quelques exemples, qu'une dent arrachée de l'alvéole et replacée dans cette cavité, y reprenne, et fort souvent elle excite une inflammation violente qui ne cède que quand on prend le parti de l'enlever. Il est bon de fendre la gencive, sur-tout lors de l'éruption des dents de sagesse, mais on ne doit y faire qu'une incision très-superficielle. Le fer rouge est le meilleur moyen pour combattre les hémorrhagies alvéolaires, qui entraînent souvent la mort du sujet. Courtois décrit enfin un nouveau pélican, utile surtout dans les cas où l'on ne peut pas se servir du pélican ordinaire (3).

J. C. A. Theden s'était aperçu aussi que la perte

(1) Traité des maladies chirurgicales. Paris, 1774, vol. III, p. 334, pl. 23.
(2) *Chirurg. Bibliothek. Th.* III, *cah.* 3, p. 416.
(3) Le dentiste observateur. Paris, 1775.

de l'émail n'est pas fort à redouter; car ce praticien fit pendant long-temps usage, sur lui-même, d'une certaine poudre douée de la propriété d'attaquer les dents, sans en ressentir le moindre mal. Il conseilla donc d'employer les substances âcres pulvérisées, parce que rien n'enlève mieux les impuretés et le tartre, qui sont les causes les plus ordinaires du mal de dent (1).

M. F. Alix vit des ulcères opiniâtres survenir à la langue par l'action des angles de plusieurs dents, et ne guérir qu'après la destruction de ces angles avec la lime (2). Wilbrecht étancha une hémorrhagie qui avait lieu fort souvent par l'intérieur d'une alvéole, en plaçant dans cette cavité un bouchon de cire couvert d'éponge, qu'il enfonça autant que possible avec le doigt (3).

Nous avons, de Fr. L. Weyland, une observation intéressante sur un cas dans lequel on fut obligé d'ouvrir l'antre d'Highmore. Une balle de fusil avait pénétré dans l'orbite, dont elle avait brisé le plancher : l'extraction n'en fut faite qu'au bout d'un certain laps de temps; mais alors, lorsque le malade fermait la bouche et le nez, de l'air et du pus sortaient par l'ouverture, ce qui annonçait l'existence d'un dépôt dans le sinus maxillaire. Busch arracha en conséquence la troisième molaire supérieure, en perfora l'alvéole avec un trois-quarts, et fit dans l'antre des injections qui entraînèrent beaucoup de pus par la bouche : il introduisit ensuite une tente enduite d'emplâtre épispastique, qui ne tarda pas à procurer une guérison radicale (4).

(4) *Neue Bemerkungen und Erfahrungen. Berlin*, 1783, *Th.* III, p. 254.

(2) *Observata chirurgica*, *Fasc.* II, *Altenb.* 1776.

(3) *Versuche einer Privatgesellschafft u. s. w. Kopenhagen*, 1774. *T.* II. — Comp. *Richter's chirur. Bibliot. Th.* III, *cah.* 1, p. 161.

(1) *De osœnâ maxillari. Argentorati.* 1771.

Un cas décrit par J. F. Henkel ressemble beaucoup à celui-là ; il existait des trajets fistuleux à l'œil, et vis-à-vis la seconde molaire: après avoir dilaté les premiers, et arraché la dent, on passa un bourdonnet en guise de séton, de l'ouverture supérieure dans l'inférieure, et le malade fut bientôt guéri (1).

Il arrive souvent, pensait Guillaume Bromfield, que les collections purulentes dans l'antre d'Higmore se vident par l'ouverture naturelle de cette cavité, pendant la nuit, et lorsque le malade est couché sur le dos: le pus coule alors, par le nez et l'arrière gorge, dans la bouche, et excite des nausées. Comme la douleur du visage reparaît périodiquement durant le jour, on est quelquefois tenté de soupçonner la présence d'une fièvre intermittente larvée; mais il est facile de concevoir que le quinquina ne produit aucun soulagement, et qu'il n'y a d'autre ressource que l'opération, laquelle est, en outre, indiquée, quand, ce qui arrive souvent, l'orifice naturel du sinus est bouché. Pour la pratiquer, on arrache une ou deux des dernières molaires, et quand le fond des alvéoles n'est pas naturellement ouvert, on le perfore avec un instrument particulier. Cependant Bromfield la négligea dans un cas où la carie avait déjà produit une ouverture à la joue; plus tard encore, il enleva toutes les molaires avec les procès alvéolaires et les parties qui avaient été détachées par la carie. Lorsque la matière se fraie une issue par l'orbite, il ne faut pas s'en laisser imposer par les fongosités qu'elle fait naître, et croire à l'existence d'un cancer oculaire: mais on ouvre également les dernières alvéoles, et on in-

(1) *Neue Methoden und chirurg. Anmerkungen. Zweyte Sammlung. Berlin*, 1772.

jecte de la décoction de quinquina ou de l'eau-de-vie (1).

Jourdain, qui depuis nombre d'années se livrait tout entier à l'art du dentiste, publia un nouvel ouvrage sur les maladies des dents. Quoiqu'il fût très-au courant de ce que ses compatriotes et les étrangers avaient fait, il n'en demeura pas moins fortement convaincu que les injections dans le sinus maxillaire, faites par son orifice nasal, sont le premier moyen qu'on doive employer. A l'instar de Lamorier, il rejeta l'opération de Cowper, du moins chez les personnes qui ont les dents serrées, en alléguant sur-tout pour raison que la perforation des alvéoles ne pourrait manquer d'être très-nuisible, au milieu de l'irritation inflammatoire qui existe déjà dans la mâchoire. Il reprocha le même défaut à la perforation latérale de Lamorier. D'ailleurs les fluides injectés ressortent avec tant de promptitude, dans l'une et dans l'autre méthodes, qu'on ne doit pas en attendre beaucoup d'effet. Jourdain assure que son procédé n'a pas ces inconvéniens. Comme presque toujours l'occlusion de l'orifice nasal est la cause des congestions lymphatiques dans l'antre, la première indication consiste à déboucher l'ouverture. A cet effet il employait de petites sondes et canules courbées, dont la longueur, le diamètre et le degré de courbure variaient suivant l'âge du malade, et auxquelles il vissait ensuite une seringue. Quoique les dents soient fort étrangères à la maladie, dans une foule de cas, cependant il arrive quelquefois qu'elles y prennent une part plus ou moins active; mais presque toujours alors, elles sont en même-temps corrodées à l'extérieur, et il faut en pratiquer l'extraction. Dans

(1) *Chirurgical observations and cases. London*, 1775, *vol.* I, p. 110.

cette circonstance encore, Jourdain faisait des injections par le nez, et, quand l'alvéole communiquait avec le sinus maxillaire, il la bouchait afin que le fluide pût séjourner plus long-temps dans la cavité. Souvent il arrive qu'un polype nasal obstrue l'orifice de l'antre d'Highmore; ce n'est qu'en l'arrachant, qu'on met un terme à la maladie. L'auteur réunit une foule d'observations qui démontrent combien on éviterait d'opérations douloureuses, si l'on s'attachait à désobstruer l'ouverture du sinus.

Il y a, enseigne cet écrivain, deux sortes de collections dans l'antre d'Highmore; les unes, inflammatoires, qui sont douloureuses, et qui attaquent les os; les autres, lymphatiques, froides, indolentes, qui les ramollissent et les boursoufflent. Dans ce dernier cas, on est presque toujours obligé d'arracher les dents gâtées; mais c'est bien à tort qu'on enlève la paroi osseuse ellemême, ainsi que Runge le pratiquait, puisqu'en général l'ostéomalacie cède à des injections appropriées. L'os est souvent ramolli à tel point, qu'on l'arracherait avec la dent, et qu'il faut alors extirper peu à peu cette dernière avec un bistouri. Jourdain se trouvait quelquefois aussi fort bien de percer le rebord alvéolaire près de la dent avec un bistouri; il conseille d'introduire une canule dans l'ouverture qu'on a produite ainsi, et d'établir à l'extérieur un point de compression sur la joue. Cependant il convient, avec Bordenave, qu'on ne saurait établir aucune règle applicable à tous les cas, malgré qu'il paraisse ne pas admettre une seule exception en faveur de l'opération de Lamorier. Ce n'est que quand il se trouve des corps étrangers, par exemple des dents, dans le sinus, qu'on doit faire de larges ouvertures, auprès des alvéoles, pour les extraire.

Mais le pus existe, tantôt dans la cavité elle-même, tantôt seulement dans le tissu osseux de la mâchoire supérieure. Dans ce dernier cas, il a coutume de suinter entre l'alvéole et la dent, et le meilleur moyen est d'extraire celle-ci lorsqu'elle se trouve gâtée. Une fois Jourdain voulait perforer le rebord alvéolaire auprès de la dent : mais son poinçon cassa et demeura implanté dans l'os d'une manière si solide, qu'il fut obligé de l'enlever en appliquant une couronne de trépan. Lorsque ces collections purulentes produisent à l'extérieur des fistules sur la joue, on doit faire des contre-ouvertures d'après la méthode de Cowper.

Les polypes du sinus maxillaire sont toujours dangereux lorsque leurs racines s'enfoncent à une grande profondeur, comme on peut le conclure des accidens qu'ils occasionnent. L'opération ne sert la plupart du temps qu'à hâter la mort. Mais lorsqu'on est persuadé que ces végétations n'ont point de longues racines, après avoir fendu la joue en croix, on fait une large ouverture à l'os, et on cherche à détruire la masse polypeuse avec l'instrument tranchant, les caustiques ou le fer rouge. Les fongosités de la membrane muqueuse dépendent d'une dent creuse, ou de causes intérieures; mais elles exigent toujours l'application du cautère actuel, après qu'on a arraché les dents creuses, ou même celles qui sont saines.

Jourdain réputait incurables les cancers en général, et ceux du sinus maxillaire en particulier, parce qu'il est impossible d'enlever jusqu'aux moindres vestiges du mal. Il en dit autant du carcinome, entre lequel et le cancer il établit une distinction qui ne me paraît pas trop claire. Il admet même un cancer des dents, contre lequel on ne peut rien que d'arracher ces petits os. Ses re-

marques sur les abcès cachés dans l'intérieur de dents qui paraissent saines au dehors, viennent à l'appui de plusieurs autres faits de même genre dont il a déjà été parlé.

Quand il y avait des fistules dans la substance de l'os maxillaire supérieur, il faisait, autant que possible, des injections par l'orifice encore existant du sinus, et, lorsque le conduit n'était pas bien droit, le moyen auquel il accordait la préférence était le fer ardent. Si la gangrène existait simultanément avec ces fistules, il avait recours, chez les enfans, aux substances spiritueuses, et chez les adultes, au cautère tant actuel que potentiel; mais toujours on doit apporter beaucoup de circonspection en faisant usage de la sonde, afin de ne pas donner naissance à la carie, lorsqu'elle n'existe point encore.

Les instrumens de Jourdain pour les opérations qui se pratiquent sur les sinus maxillaires, consistaient en des trépans perforatifs droits et courbes pour perforer les alvéoles, des petites couronnes de trépan, différentes canules et sondes, divers bistouris, et de petites canules garnies d'une soupape, afin que l'air ne puisse pas pénétrer (1).

Il soutint encore, contre Poulain, la nécessité d'ouvrir les abcès de la joue par l'intérieur de la bouche, opinion à l'appui de laquelle il invoqua l'autorité de Petit, et rapporta un assez grand nombre de faits. La mâchoire inférieure, ajouta-t-il, est sujette aux mêmes maladies que la supérieure, et sur-tout à la carie : le cautère actuel rend fréquemment de grands services dans cette maladie, mais fort souvent aussi il nuit, à raison de l'action

(1) Traité des maladies et des opérations de la bouche. Paris, 1778, vol. I.

trop violente qu'il exerce : aussi doit-on presque toujours lui préférer une dissolution mercurielle suffisamment étendue d'eau. Jourdain indique aussi les circonstances qui obligent de recourir au trépan, à la scie, aux ciseaux, à la gouge, à la lime, au grattoir, au fer rouge et aux caustiques, dans les exostoses et les gonflemens de ces os.

La parulie est, suivant lui, un abcès tout particulier de la gencive, avec inflammation du cordon nerveux et vasculaire qui pénètre dans chaque dent, et du périoste de l'alvéole : c'est pourquoi on ne peut la guérir que par l'évulsion des dents ou des racines malades. Cette opération est souvent nécessaire aussi dans l'épulie, qu'on ne peut d'ailleurs mieux guérir qu'en excisant la tumeur avec un bistouri rougi au feu, ou un fer ardent, ou en la liant avec un fil d'or. Des bourdonnets de charpie et un bouchon de liége arrêtent bien plus sûrement une hémorrhagie alvéolaire que le cautère actuel lui-même.

Jourdain s'étend beaucoup sur les avantages de l'incision des gencives dans la dentition difficile; mais il ajoute qu'elle n'est souvent d'aucune utilité, parce que les bords des parois de l'alvéole elle-même étant contournés en dedans, empêchent la dent de sortir, et la retiennent dans la gencive. On doit alors briser le rebord osseux, après avoir agrandi l'ouverture faite à la gencive (1).

Un peu plus tard, Jourdain proposa, pour remplacer le ratelier ordinaire, un dentier artificiel inventé par Massez, et qui non-seulement s'ouvre et se ferme, mais encore joue latéralement, de

(1) *Ibid. vol.* II.

manière qu'on peut s'en servir pour mâcher les alimens (1).

Chopart et Desault vantent aussi les injections de Jourdain par l'orifice naturel du sinus maxillaire, comme un bon moyen pour guérir les collections dans cette cavité; mais ils conviennent de la difficulté qu'on éprouve à les pratiquer : c'est pourquoi ils proposent également la perforation de l'alvéole de la première grosse molaire, ou l'opération de Lamorier, sans établir d'ailleurs aucune indication précise (2). Ils veulent non seulement qu'on fende, mais encore qu'on excise la gencive au-dessus d'une dent qui a de la peine à percer. Le conseil qu'ils donnent d'appliquer une ligature sur les dents qui bordent la solution de continuité, afin de faire disparaître le vice de conformation, dans le bec de lièvre, n'a aucune importance pratique, comme l'a très-bien montré Richter (3), puisque cette manoeuvre, qui rapprocherait les dents obliquement l'une de l'autre, ne saurait agir sur les bords mêmes de la fissure.

Plus tard, Desault arracha toutes les grosses molaires chez un malade atteint d'une tuméfaction du sinus maxillaire, et perça le fond des alvéoles; alors il trouva la cavité remplie par une production spongieuse, que l'hémorrhagie ne lui permit pas d'exciser. Mais comme l'adustion et la ligature demeuraient sans effet, il se détermina enfin à enlever une grande portion de la mâchoire supérieure, en la cernant entre deux incisions demi-circulaires faites au palais et à la partie antérieure de l'arcade dentaire. Un morceau considérable de l'excroissance fut extirpé avec la pièce osseuse, et le reste

(1) Journal de médecine, vol. LXII, (1784).
(2) *Anleitung zur Kenntniss aller chirurg. Krankh.* Th. I, p. 269.
(3) *Chirurgische Bibliothek*, T. VI, cah. 3, p. 372.

cautérisé à plusieurs reprises avec un fer chauffé à blanc. Le malade guérit très-bien (1). Chez un autre individu, Desault agrandit une ouverture fistuleuse située dans la fosse canine, avec un trépan perforatif pointu, arracha la seconde molaire qui se trouvait au-dessous, et ayant porté un trépan perforatif émoussé dans l'alvéole, perça la portion osseuse située entre elle et l'ouverture fistuleuse : ensuite il fit des injections par cette vaste ouverture, et rendit la santé au malade. Jamais, suivant lui, l'orifice naturel d'une alvéole, après l'extraction d'une dent, n'est suffisant : il faut constamment l'agrandir assez pour qu'on puisse introduire au moins le petit doigt, car c'est précisément l'étroitesse de cette ouverture qui rend la guérison difficile, et qui donne lieu à des fistules : on doit aussi, pour prévenir ces dernières, enlever toute la partie des gencives qui est détachée de l'os. Mais lorsque toutes les dents sont saines, et qu'il ne suinte pas de pus le long de leurs racines, il est de règle de perforer à la partie inférieure de la fosse canine, endroit où l'opération présente moins de difficultés que sous l'apophyse molaire. Au reste, Desault se servait aussi du marteau, de la gouge, et du cautère actuel : il recommande plusieurs bistouris et perforatifs spécialement destinés pour cette opération (2).

L'incision de la gencive dans la dentition difficile, que les modernes avaient conseillée presque généralement et sans exceptions, fut regardée par J. E. Isenflamm comme non moins préjudiciable que l'usage de mettre des corps durs dans

(1) *Auserlesene chirurg. Wahrnehmungen.* T. I, p. 121. — Comp. Plaignaud, dans le Journal de médecine, vol. LXXXVII. — *Richter's chirurg. Bibliothek*, T. XII, p. 41.
(2) *Chir. Nachlass*, Th. II, p. 161.

la bouche des enfans; car, si ces derniers rendent la gencive dure et calleuse, l'incision n'est plus nécessaire lorsque la dent se montre déjà au-dehors, et comme elle se referme quand celle-ci est encore située à une certaine profondeur, la cicatrice qui en résulte rend la dentition encore plus difficile. On ne saurait non plus parvenir à redresser les dents déviées, puisque ce vice de situation dépend de la direction vicieuse des germes dentaires. La carie cède rarement aux remèdes locaux, parce qu'elle ne dépend pas d'une cause locale, mais d'une cachexie générale. Il arrive quelquefois qu'en mordant ou mâchant avec force, une racine perce le fond de l'alvéole : lorsque cet accident survient à une dent œillère, il donne lieu à la suppuration dans le sinus maxillaire, et on ne peut y porter remède qu'en faisant l'extraction de la dent à laquelle il est arrivé (1).

Le désir qu'on avait de pouvoir arracher les dents d'une manière tout-à-fait directe de haut en bas ou de bas en haut, produisit l'invention de plusieurs instrumens nouveaux, dont deux entre autres, imaginés en Angleterre, devinrent assez célèbres. Mais ceux-là aussi, suivant Richter, ont le défaut de ne pouvoir servir lorsque la dent n'a pas de voisines sur lesquelles les parties latérales de l'instrument aient la facilité de s'appuyer; lorsque cette dent est fort petite, on court en outre le risque de saisir avec elle celle qui se trouve à côté (2).

Isenflamm ne tarda pas à être réfuté par Benjamin Bell; le praticien anglais convint, à la vé-

(1) *Versuch einiger praktischen Anmerkungen ueber die Knochen.* Erlangen 1782.

(2) *Richter's chirurg. Bibliothek.* T. VI, ch. 2, p. 343, taf. II. III. IX.

rité, que les incisions faites aux gencives ne servent à rien quand la dent se montre déjà, puisque les accidens sont même la plupart du temps dissipés à cette époque; mais il ajouta que si on les pratique d'assez bonne heure, on peut les répéter aussi souvent qu'elles semblent nécessaires, sans qu'il en résulte le moindre danger, et sans qu'il y ait rien à craindre de la cicatrice. Bell était grand partisan de l'extraction précoce des dents de lait, qu'il considérait comme le meilleur moyen pour empêcher que les suivantes ne prissent une direction vicieuse. Quand le mauvais arrangement de ces dernières dérive de leur propre grosseur, il faut en extraire l'une ou l'autre, et choisir, non celles qui se trouvent hors de rang, mais celles qui ont éprouvé quelque altération dans leur structure. On peut cependant quelquefois les redresser au moyen de plaques et de ligatures, comme aussi l'on parvient souvent à combler les vides de la denture en attachant fortement ensemble les dents correspondantes.

Bell prétend, contre Jourdain, que les extravasations dans le sinus maxillaire sont rarement le résultat de l'obstruction de son orifice, puisque le fluide accumulé coule presque toujours par cette ouverture quand le malade se place dans une situation favorable. Aussi l'opération de Lamorier, ou mieux encore celle de Drake, faite de bonne heure, est-elle toujours de la plus grande nécessité. Mais, à moins qu'une des dents de devant ne soit gâtée, il faut toujours choisir les postérieures pour les arracher, après quoi on agrandit autant que possible l'ouverture dans le fond de l'alvéole, et, lorsque toute la matière s'est écoulée, on ferme celle-ci avec un morceau de bois, qu'on retire de temps en temps, soit pour donner issue

à ce qui a pu s'amasser de nouveau, soit pour injecter de l'eau de chaux. On est quelquefois obligé de pratiquer cette opération parce qu'il se trouve un épanchement de sang, des vers, ou d'autres corps semblables dans l'antre d'Highmore. Mais lorsque les os sont gonflés, toute opération serait inutile, et on ne doit compter que sur l'emploi long-temps continué du mercure.

Les abcès et les excroissances des gencives guérissent par l'extraction des dents, lorsqu'ils tiennent à ce que ces dernières sont gâtées : autrement il faut ouvrir l'abcès, puis l'entretenir ouvert, et lier l'excroissance, ou la saisir avec une érigne double, et l'exciser avec un bistouri courbe et des ciseaux ; jamais on n'a besoin de recourir au fer rouge ni aux caustiques. Bell retrace les règles déjà connues sur la manière d'affermir les dents qui vacillent, et sur celle d'enlever le tartre. Il lui paraît toujours nuisible de limer les taches produites par la carie, et en général il rejette l'usage de la lime. Le meilleur moyen pour arrêter les progrès de la carie, c'est de plomber la dent. Si le métal ne tient pas bien, on l'assujettit quelquefois avec une petite tige qu'on passe dans un trou pratiqué au travers de la dent ; mais ce procédé suppose que les parties latérales de l'osselet présentent encore assez de solidité.

Toute pince quelconque suffit pour tirer les dents de devant perpendiculairement, mais aucune ne peut rendre le même service lorsqu'il s'agit des dents postérieures. La clef anglaise, que Bell a essayé de perfectionner, est encore, malgré toutes les découvertes modernes, le meilleur instrument que l'on possède, et celui d'Aitkin serait peut-être le seul qu'on pût lui préférer, s'il n'avait pas l'inconvénient de trop exposer à casser les dents. Le

précepte d'appliquer le crochet de la clef sur le côté sain de la dent ne peut pas faire loi dans tous les cas, puisqu'on est obligé de renverser les molaires postérieures en dedans pour éviter de contondre la gencive. Si c'est du côté externe que ces dernières se trouvent gâtées, on ne peut se dispenser d'y appliquer le crochet, ce qui n'empêche pas de bien arracher la dent lorsqu'on l'a déchaussée assez profondément. Il ne faut jamais omettre de détacher ainsi la gencive, afin de pouvoir appliquer le crochet plus bas, et l'on doit également bien se garder d'arracher une dent d'un seul coup, ce qui entraîne de grands inconvéniens: après l'avoir tirée d'un côté, on applique l'instrument de l'autre, et on le fait agir dans ce sens. Lorsque la dent qu'on veut extraire est trop près de sa voisine pour qu'on puisse la saisir seule, il faut la séparer au moyen d'une lime étroite, qui n'agisse que sur elle. L'évulsion entraîne assez souvent des lésions de la gencive et de l'alvéole; mais ces lésions n'ont point de suites fâcheuses lorsqu'on coupe les lambeaux de parties molles avec des ciseaux, et qu'on enlève avec soin toutes les esquilles. Les hemorrhagies alvéolaires sont rares: on les arrête sans peine en introduisant un bourdonnet dans l'alvéole, et appliquant le feu en cas de besoin. Il faut toujours ébranler les dents de devant avant de les arracher, comme les anciens le conseillaient. Les chicots sont plus faciles à arracher que les dents entières avec la clef, le davier, ou le pied de biche, parce qu'ils sont plus minces et qu'ils tiennent moins.

Les dents saines, qu'on a arrachées par mégarde, reprennent parfaitement lorsqu'on se hâte de les replacer dans l'alvéole; mais celles qui sont malades n'en font point autant, et les dents prises

sur un autre sujet ne peuvent être implantées que dans les alvéoles de devant, parce que les nombreuses racines des dents de derrière rendent la coaptation difficile. En général, il faut être très-circonspect dans cette opération, car beaucoup de faits constatent que la transplantation des dents communique aisément des virus qui exercent ensuite d'affreux ravages (1).

Abel croyait l'emploi de la pince et du pélican insuffisant pour redresser les dents déviées : il voulait qu'on eût recours à une pression graduelle, et il proposa, dans cette vue, un appareil composé de deux plaques d'or, qu'on réunit au moyen d'une tige portant des pas de vis (2).

Le nombre des partisans de la perforation du sinus maxillaire augmentait chaque jour en Allemagne, et F. Mosque appliqua même avec succès une couronne de trépan dans un gonflement de la mâchoire supérieure. Appelé auprès d'une malade qui présentait la même affection à la mâchoire inférieure, il suivit le précepte de Bordenave, arracha plusieurs molaires, perça les alvéoles, et donna issue à une grande quantité de pus : la tuméfaction diminua ensuite peu à peu (3).

A. T. Richter consacra aussi son attention à la chirurgie dentaire. Il est rare, suivant lui, qu'on remarque dans le principe l'inflammation et la suppuration des sinus maxillaires, parce que, quoique toute odontalgie continue soit suspecte, on attribue assez ordinairement les douleurs à une fluxion, et qu'on ne reconnaît la maladie que quand il y a ramollissement à l'os, ou qu'il s'est formé des trajets fistuleux, dont l'ouverture se trouve quel-

(1) *Lehrbegriff der Wundarzneykunst*, T. III, p. 528.
(2) Journal de Médecine, vol. LIV, 1780, août.
(3) *Chirurgische Novellen.*

quefois située fort au loin. Toutes les méthodes connues pour mettre l'intérieur du sinus à découvert, sont avantageuses dans certains cas. Celle de Meibom, ou plutôt celle de Cowper et de Drake, convient principalement lorsque les dents sont gâtées; mais quand elles ne le sont pas, si l'on veut néanmoins la mettre en usage, c'est la troisième ou la quatrième molaire qu'il faut arracher, et non pas la canine, qui conduit très-rarement dans l'antre d'Highmore. Après l'évulsion, on perce le fond de l'alvéole avec un trois-quarts, ou bien l'on agrandit l'ouverture, s'il en existe déjà une. Mais quand des circonstances particulières obligent d'ouvrir une large voie, ou que les dents sont déjà tombées depuis long-temps et les alvéoles effacées, on suit le procédé de Lamorier, et l'on perfore au-dessous de l'apophyse malaire. En général, on doit toujours pratiquer l'ouverture dans le lieu où la paroi osseuse est le plus étendue, le plus mince et le plus altérée par la maladie, de sorte qu'on est quelquefois obligé de la faire au palais ou en d'autres endroits. Mais les injections à la manière de Jourdain, sont presque impraticables et entièrement inutiles; car, lorsqu'il ne serait pas aussi difficile qu'il l'est réellement de trouver l'orifice nasal du sinus maxillaire, et qu'en le cherchant, on ne courrait point le risque de blesser les parois excessivement minces de la cavité, l'écoulement qui se ferait par cette ouverture naturelle ne suffirait jamais. D'ailleurs il existe presque toujours des dents gâtées, sans l'extraction desquelles on ne doit point songer à guérir le malade. Mais quand le sinus est plus particulièrement tuméfié du côté du nez, et que toutes les dents sont saines, il est, dans certains cas, utile d'en perforer la paroi nasale avec un trois-quarts recourbé.

En quelque endroit qu'on ait fait l'ouverture, elle a souvent beaucoup de disposition à se refermer; c'est pourquoi il est prudent de placer une petite canule, qu'on bouche avec une éponge pour empêcher les alimens d'y pénétrer. Quand l'orifice nasal est réellement oblitéré, le malade doit porter cette canule durant toute sa vie; dans le cas contraire, si l'ouverture refuse de se fermer après la guérison de la maladie, on en accélère l'oblitération au moyen d'une tente trempée dans la teinture de cantharides, ou de l'ustion avec une aiguille rougie au feu. Au reste, il ne faut pas trop s'empresser de recourir à l'opération, car il y a des affections qui ressemblent beaucoup aux maladies du sinus maxillaire, malgré que ces cavités soient parfaitement saines, et l'opération pratiquée alors donnerait lieu à la maladie dont on soupçonnait la présence, mais qui n'existait cependant pas. On peut même très-souvent se dispenser de la faire, lorsqu'il y a des épanchemens séreux ou muqueux dans l'antre, et donner issue à ces matières en administrant des ptarmiques, des bains de vapeur dans le nez, et peut-être même aussi en ayant recours aux injections suivant la méthode de Jourdain (1).

Richter affirme que les parulies, les fistules dentaires et les épulies proviennent très-souvent de dents gâtées, et conseille par conséquent d'extraire celles-ci avec promptitude. L'évulsion est nécessaire aussi lorsqu'il y a suppuration dans le rebord alvéolaire, malgré que, dans beaucoup de cas, la dent soit parfaitement saine, et qu'il n'y ait que quelques petits points de sa racine qui présentent

(1) *Anfangsgruende der Wundarzneykunde*, Th. II, p. 331.

des traces de carie; car elle a perdu toute sa vitalité, et elle n'agit plus que comme corps étranger. Quant à l'épulie, on l'excise d'un seul coup de bistouri lorsqu'elle tient à un pédicule étroit; mais, quand elle a une large base, on la coupe en plusieurs fois, et on applique ensuite un fer rouge. L'ustion peut suffire lorsque la tumeur est peu volumineuse, et dispenser de mettre l'instrument tranchant en usage (1).

Il ne faut inciser la gencive, dans la dentition difficile, que quand les autres moyens, comme les frictions avec le doigt et la mastication de corps durs, demeurent sans effet, et lorsqu'on reconnaît manifestement que la dent veut percer, ainsi que l'endroit où elle sortira. L'opération convient même chez les personnes qui font leurs dents de sagesse, toutes les fois qu'on trouve les mêmes circonstances réunies. Mais chez certains sujets la dent est située si obliquement, et elle a si peu de place, qu'on fait fort bien de l'arracher sur le champ. Dès que les dents de lait nuisent à l'éruption de celles qui doivent les remplacer, on se hâte de les arracher, mais avec circonspection, et quand de deux dents l'une est oblique, c'est l'autre et non celle-ci qu'il faut arracher, parce que c'est elle qui a paru le première. Du reste on redresse les dents soit avec la pélican, soit, ce qui vaut mieux encore, avec des ligatures ou des plaques métalliques. Il suffit quelquefois de la lime pour faire disparaître de petites irrégularités chez les adultes. Lorsqu'une dent est entièrement retournée, on l'arrache, et on la replace droite dans l'alvéole.

Une dent dont la carie a frappé la racine, doit toujours être extraite, et on réussit rarement à la

(1) *Ibid.* Th. IV, p. 70.

faire reprendre lorsqu'on la remet en place après avoir enlevé avec la lime les portions altérées. C'est en vain aussi qu'on se flatterait du succès en suivant le conseil de Fauchard, qui veut que quand la carie s'est développée dans le canal dentaire, on arrache la dent, et qu'on la replace après avoir nettoyé et plombé le canal. Mais on a tort d'arracher sur le champ une dent gâtée à l'extérieur et capable de servir encore, sous le seul prétexte qu'elle cause des douleurs, puisqu'on peut encore la conserver pendant long-temps en la nettoyant, la cautérisant avec le fer rouge, et la plombant. Les feuilles d'étain ou d'or sont ce qu'il y a de meilleur pour plomber : cependant on peut, avant de les introduire, boucher pendant quelque temps la caverne avec de la cire, ou avec une pâte composée de parties égales de térébenthine cuite et de chaux vive. On ne pratique l'évulsion que quand ces moyens échouent à cause de la trop grande largeur de l'ouverture. La lime est un moyen peu sûr, du moins dans la carie; mais on ne doit pas craindre d'y recourir pour émousser les angles et les arêtes trop vives, comme aussi chez les personnes âgées.

Une dent prise sur le même sujet, ou sur une autre personne, peut très-bien se consolider dans l'alvéole lorsqu'on l'y replace, mais la seconde méthode expose à propager des principes morbifiques. Quant aux dents artificielles en ivoire ou en défenses d'hippopotame, elles ne tiennent jamais bien.

Richter regarde l'arrachement d'une dent comme une opération fort importante. Elle peut entraîner une multitude d'inconvéniens qu'on ne saurait prévoir. On se sert rarement du pélican ou de la clef anglaise sans briser une partie du rebord alvéolaire,

ce qui n'a cependant point de suites fâcheuses lorsqu'on se conforme aux préceptes de Bell ou de Hunter. Le pied de biche n'a pas ce défaut, mais il glisse avec beaucoup de facilité, et, sous ce rapport, on ne saurait trop recommander celui de Goerz, qui, étant garni d'un crochet, embrasse la dent des deux côtés. Ce crochet est perpendiculaire pour les dents de devant, et latéral pour les postérieures.

On doit toujours déchausser la dent avant de l'extraire. Si la couronne vient à se briser, on cherche aussitôt à enlever la racine, ou bien on la touche soit avec des spiritueux très-forts, soit avec le fer rouge, pour la faire périr. Le tamponnement et le cautère actuel arrêtent sans peine les hémorragies alvéolaires (1).

Nous avons vu que Richter attribuait à la communication de certains virus, les accidens fâcheux qui résultent quelquefois de la transplantation d'une dent étrangère. Cependant Watson vit l'opération en produire qui ressemblaient parfaitement à ceux de la syphilis, malgré que la personne chez laquelle on avait pris la dent, jouît d'une santé parfaite (2). Hunter prétendit, à la vérité, que ces accidens n'étaient pas vénériens (3); mais Richter soutint le contraire, disant que, quand bien même la personne qui fournit la dent serait saine, comme il se pourrait que celle chez laquelle on transplanterait l'os, portât en elle le germe de l'affection syphilitique, on ne doit pas être surpris que celle-ci soit en quelque sorte éveillée par la lésion qui accompagne nécessairement l'opéra-

(1) *Ibid.* p. 95. 168.
(2) Dans les *Medical transactions*, *vol.* III. *London*, 1785.—*London medical Journal*, 1786, *p.* 216.
(3) *On the venereal diseases.*

tion (1). Letsom rencontra plusieurs faits analogues, et prétendit aussi, contre Hunter, que les accidens étaient de nature vénérienne, malgré qu'on ne pût pas soupçonner la vérole dans le cas rapporté par Kuhn, de Philadelphie, puisque tous les symptômes disparurent d'eux-mêmes après l'extraction de la dent qui les avait occasionnés. Il se pourrait néanmoins, ajoute l'écrivain anglais, que la maladie dépendît d'un mélange de principes morbifiques différens qui existaient chez les deux individus, car elle ne tenait certainement pas à une simple irritation locale, attendu qu'on ne l'a jamais vue se déclarer à la suite de l'application d'une dent artificielle, ou prise sur le cadavre (2).

Hamilton nous a transmis plusieurs observations semblables : il a même vu la maladie se terminer par la mort, et il pense aussi qu'elle n'est point vénérienne, opinion que Meckel croit très-fondée, du moins dans le plus grand nombre des cas (3).

Thomas Kirkland appela l'attention des praticiens sur les congestions lymphatiques dans le sinus maxillaire, qui étaient moins bien connues que les amas purulens. Dans cette affection, les parois osseuses deviennent minces comme du parchemin : on doit les ouvrir, soit avec le bistouri, soit avec le trépan, lorsqu'elles sont encore dures et osseuses, après quoi on injecte une infusion de camomille avec la teinture du myrrhe, ayant soin de tenir la cavité libre et exempte de toute impureté. (4).

(1) *Chirurgische Bibliothek*, T. IX, p. 416.
(2) *Memoirs of the London medical Society. London*, 1787, *vol.* I.
(3) *Diss. An morbi, qui dentium translocationem sequuntur, venerici sint, necne? Halæ*, 1791.
(4) *An inquiry into the present state of surgery. Vol.* II. *London*, 1786.

Il est rare, suivant Callisen, que la perforation d'une alvéole suffise dans les congestions du sinus maxillaire; car, presque toujours, cette cavité est divisée en compartimens par des cloisons, ce qui oblige d'arracher plusieurs dents, et d'en percer les alvéoles, afin de procurer une issue particulière au pus contenu dans chaque cellule. Telle est la raison qui fait qu'on ne doit recourir à cette méthode que quand les dents sont gâtées. Si toutes sont, au contraire, bien saines, ou si l'on a besoin d'une large ouverture, alors on fera bien de suivre le conseil de Lamorier, de fendre la gencive en croix au-dessus de l'apophyse malaire, après avoir fait serrer les mâchoires, et écarter le coin de la bouche, de racler le périoste, et de perforer les os. Quand la substance osseuse est ramollie ou tuméfiée au palais, et qu'on sent de la fluctuation en cet endroit, c'est la voûte palatine qu'on perce. A l'égard de l'ouverture, on la tient béante aussi long-temps qu'on le juge nécessaire, en y introduisant des tentes, des cordes à boyau, de l'éponge préparée, ou une petite canule, et on fait des injections dans le sinus. Quelquefois on se trouve fort bien de passer un séton dans cette cavité, à l'aide d'un trois-quarts garni d'un chas. Quand aux injections par l'orifice nasal, que Jourdain a conseillées, elles sont impraticables ou inutiles (1).

Lorsqu'on rugine une dent creuse, on doit avoir soin que le diamètre de la caverne surpasse celui de l'ouverture, au bord interne de laquelle il est bon aussi de pratiquer une raînure, afin que le plomb tienne mieux. Rien n'est plus nuisible que de limer une dent sans la plom-

(1) *Princip. hist. chirurg. hodiernæ*, *Pars* I, p. 304.

ber ensuite, parce que cette opération ne fait que procurer un accès plus libre encore aux causes extérieures d'altération.

Callisen ne s'écarte point de ses prédécesseurs pour ce qui concerne l'extraction des dents; il conseille aussi de commencer toujours par les déchausser. Les instrumens qu'il emploie sont le pélican ou la clef anglaise pour les molaires, le davier pour les incisives et canines, et le pied de biche pour les racines et chicots. Aucun de ceux qu'on prétend être propres à arracher les dents sans les renverser, ne remplit, suivant lui, le but, du moins pour les molaires. (1).

Le chirurgien danois applique le feu sur les épulies idiopathiques et commençantes, après avoir couvert les dents de cire; mais, quand la tumeur est volumineuse, il l'enlève avec le bistouri. Les épulies symptomatiques exigent qu'on s'attache à combattre la cause qui les provoque (2).

Callisen aime mieux transplanter des dents naturelles qu'appliquer des dents artificielles, et il assure que les premières, quand elles viennent d'être arrachées, se consolident avec autant de facilité que celles dont on pratique la reposition lorsqu'elles ont été arrachées ou renversées par une violence extérieure (3). Mais la transplantation n'est exécutable que pour les dents à une seule racine. On se contente quelquefois d'appliquer une couronne, qu'on attache au moyen de fils ou d'une vis (4).

(1) *Ibid.* p. 437.
(2) *Ibid.* Pars II, p. 175.
(3) J'ai connu un officier auquel Callisen fit l'opération avec un plein succès. Ce militaire avait eu, au siége de Copenhague, toutes les dents de devant enfoncées dans la bouche par un éclat de bois. Callisen les remit en place, et elles se raffermirent si bien, qu'au bout de quelque temps, il ne restait plus aucune trace de l'accident.
(4) *Ibid.* p. 677.

Lentin (1) et D. G. C. Conradi (2) se sont occupés d'une manière spéciale de l'ébranlement et de la chûte des dents. Les moyens que Conradi propose, outre un traitement dépuratif général, et un régime dont les fruits forment la base, consistent à se nettoyer les dents avec une brosse, à se frotter les gencives avec la teinture de cachou et de myrrhe, et à se rincer fréquemment la bouche avec la décoction de quinquina ou d'écorce de saule. Rien ne lui paraît plus convenable, pour calmer l'odontalgie excitée par la carie, que de remplir la dent de coton trempé dans l'huile essentielle de gérofle.

Fr. Hirsch comptait beaucoup moins que ses prédécesseurs sur l'utilité des incisions faites aux gencives dans la dentition difficile : il voulait en effet qu'on administrât de légers purgatifs ou des vomitifs pour dissiper les accidens, et qu'on n'eût recours aux scarifications qu'à la dernière extrémité. On arrête souvent les progrès de la carie en y appliquant le fer lorsqu'elle ne fait encore que commencer ; mais quand elle a déjà creusé une caverne, il faut remplir celle-ci, soit avec un mastic composé de térébenthine, de chaux non éteinte et de vernis à l'huile de lin, soit, ce qui vaut encore mieux, avec des feuilles de métal ou de la résine. Hirsch a vu une carie naître dans l'intérieur d'une dent qui paraissait saine lorsqu'on l'examinait en dehors, et qu'il perfora cependant avec un grattoir dans l'endroit où l'on apercevait une petite tumeur à sa surface. Après que cette dent eût été cautérisée à plusieurs reprises et plombée, les douleurs qu'elle provoquait cessèrent, et

(1) *Beytraege zur ausuebenden Arzneywissenschaft. Leipzig*, 1789, p. 280.

(2) *Arnemann's Magazin*, T. I, st. 2, p. 157.

le malade pût continuer de s'en servir comme par le passé. La méthode d'Abel pour assujettir les dents qui vacillent est très-avantageuse, même quand il ne reste plus que quelques dents tout à fait branlantes, et sans voisines auxquelles on puisse les attacher. Si les dents ne sont pas trop déviées, une légère pression suffit quelquefois pour les redresser; mais, plus tard, quand les ligatures et les plaques métalliques manquent leur effet, on doit arracher sans scrupule toutes celles qui se trouvent situées hors de rang. Une personne avait deux incisives confondues l'une avec l'autre, ce qui produisait une difformité très-désagréable. Hirsch sépara ces deux dents à l'aide de la scie, appliqua le feu sur les bords de la division, scarifia la gencive, et, pour gagner de l'espace, plaça un petit coin, qu'il laissa séjourner jusqu'au moment où la gencive devint adhérente. Les tumeurs des gencives n'ont pas toujours leur source dans les parties molles : elles tiennent, chez beaucoup d'iudividus, à une véritable tuméfaction de la substance même de la dent, qui exige la prompte extraction de cette dernière, parce qu'elle peut très-bien être de nature cancéreuse.

Hirsch se servait, pour arracher les dents, du pied de biche, qu'il préférait à tous les autres instrumens. Pour prévenir les dilacérations, il commençait toujours par détacher la gencive avec un bistouri. Il arrêtait les hémorragies alvéolaires avec du parchemin rapé, dont il remplissait exactement la cavité osseuse, et que le malade enfonçait encore en appuyant la mâchoire opposée contre une petite compresse. Quand les gencives et les alvéoles sont parfaitement saines, qu'il n'y a aucune trace ni de scorbut, ni de syphilis, et que la personne n'est pas encore âgée de plus de cinquante ans, sur trois

dents qu'on transplante, deux restent ordinairement branlantes, tandis que la troisième se consolide, et devient apte à la mastication. Hirsch ne prenait jamais les dents qu'il voulait implanter chez des individus vivans, mais chez des sujets jeunes et en bonne santé, qui avaient péri d'une mort violente. Il lui paraissait peu vraisemblable qu'elles pussent communiquer des maladies lorsqu'elles ne venaient pas d'être arrachées tout récemment, et qu'on avait eu l'attention de bien les nettoyer (1).

Peu de temps auparavant, Gerbi, de Florence avait représenté le *Curculio odontalgicus*, écrasé entre les doigts, comme un moyen infaillible contre les maux de dents de toute espèce (2). Ce remède n'est indiqué par Hirsch (3) qu'en passant; mais l'auteur anonyme d'un livre, qui parut sans doute à cette époque, lui prodigua les plus grands éloges, et il cite plusieurs autres insectes qui possèdent la prétendue propriété anti-odontalgique au même degré. Cet écrivain trace en même-temps divers préceptes, dont les uns étaient déjà connus, et dont les autres sont inutiles (4).

Un certain Dubois de Chemant imagina des dents et des dentiers artificiels, qui, fabriqués avec une pâte minérale durcie au feu, sont de la plus grande solidité, résistent long-temps à l'action du marteau, étincellent sous le briquet, et ne sont attaqués par aucun acide. Les dentiers sont d'une seule pièce, et les dents dont ils se composent, au lieu d'être séparées réellement par des intervalles, ne sont distinguées que par des lignes noirâtres, de sorte

(1) *Praktische Bemerkungen ueber die Zaehne. Jena*, 1796.
(2 *Storia naturale d'un nuovo insetto. Firenza*, 1794.
(3) *Hirsch. loc cit. p.* 120.
(4) *Der aufrichtige Zahnarzt. Bayreuth.* (Sans date).

qu'il ne peut s'amasser entre elles aucune parcelle d'alimens ou de sucs dont le séjour donnerait de la fétidité à l'haleine. Le dentier supérieur et l'inférieur s'unissent par une charnière à ressort, qui permet de les faire jouer l'un sur l'autre avec la plus grande facilité (1).

Plusieurs praticiens avaient déjà blâmé l'emploi général qu'on faisait de l'incision des gencives dans la dentition difficile. J. E. Wichmann rejeta tout à fait cette opération, d'après le principe que la dentition étant une fonction naturelle, et les parties dans lesquelles elle s'opère ayant très-peu d'importance, elle ne saurait jamais produire d'accidens très-graves par elle-même. Il est d'ailleurs fort difficile, suivant lui, de déterminer quelle dent veut percer, et en quel endroit elle sortira : dans cette incertitude, il faudrait couper au hasard, conduite qui ne manquerait pas d'agraver encore les accidens chez bien des enfans (2). C. A. Blumenthal, qui voulut le réfuter, ne vit pas ses efforts couronnés d'un grand succès (3). Au contraire, la théorie de Wichmann, étendue et développée par J. A. Sternberg (4), fut adoptée par presque tous les praticiens, et depuis lors les partisans des incisions faites aux gencives ont diminué de jour en jour.

Parmi les nouveaux instrumens évulsifs, outre le pied de biche corrigé de Savigny, le davier de Dryer, et la machine de Simpson, on distingue encore celui de Whitford, et celui de Richard Reece. L'*odontagra* de ce dernier n'est autre chose qu'une clef qui saisit la dent par devant, au lieu

(1) *A Dissertation on artificial teeth. London*, 1797.
(2) *Ideen zur Diagnostik*, *Th. II*, *Hannover*, 1797, *p.* 63.
(3) *Naehere Pruefung der Ætiologie der Zahnarbeit der Kinder. Stendal*, 1799.
(4) *Erinnerungen und Zweifel gegen die Lehre der Ærzte von der schweren Zahnen. Hannover*, 1802.

de la prendre par le côté. D'après l'inventeur, il soulève la dent aussi directement que possible, ne comprime point la gencive, et cause de cette manière moins de douleur : il a en outre l'avantage que le crochet ne peut point glisser, et qu'on ne court pas risque de briser la couronne (1).

A l'époque où nous sommes arrivés, on s'occupait moins des maladies du sinus maxillaire que par le passé, et l'on peut douter qu'il faille rapporter ici l'observation, décrite par Harrison, d'une excroissance de l'os maxillaire, dont ce praticien fit l'ablation avec l'instrument tranchant, après avoir été obligé d'en scier le noyau osseux, ce qui lui donna beaucoup de peine (2). Mais Flajani publia quelques faits nouveaux sur ce point de pratique chirurgicale. Un ulcère, situé au-dessous de l'orbite, pénétrait jusque dans l'antre d'Highmore. Flajani arracha la troisième molaire, quoiqu'elle fût bien saine, et perça le fond de l'alvéole avec un trois-quarts : il survint une inflammation de la gencive, qui se dissipa bientôt ; l'ouverture fistuleuse supérieure se ferma après qu'on l'eût touchée avec la pierre infernale, et le malade ne tarda point à être parfaitement guéri. Le praticien italien se conduisit de la même manière dans une congestion de mucosités due à une cause syphilitique, et compliquée de la distension des parois du sinus maxillaire : seulement il soumit le sujet au traitement général qui convenait à sa maladie, et fit des injections détersives. En général, il paraît préférer la perforation des alvéoles à la méthode de Lamorier, dans laquelle il croit que l'on perce l'apophyse malaire elle-même, et il ne permet de re-

(1) *Medical. und physical Journal*, *april*. 1802.
(2) *The new London med. Journal. London*, 1792, *vol. I*, *part*. 1.

courir à cette dernière que quand l'extraction des dents est impraticable. Les injections, tant par l'ouverture fistuleuse que par les alvéoles, sont d'une nécessité absolue, sur-tout dans la carie. Flajani pense qu'un séton passé à travers les polypes est le seul moyen par lequel on puisse parvenir à les détruire (1).

Gerlach, prenant un gonflement de la joue pour un stéatome, voulait extirper la tumeur, après avoir fait une incision cruciale à la peau; mais, ne pouvant y réussir, il plongea son bistouri dans ce prétendu stéatome, et reconnut que c'était la paroi antérieure du sinus maxillaire, considérablement tuméfiée, et amincie comme du parchemin. Alors il arracha la troisième molaire, perça le fond de l'alvéole, adapta une canule à l'ouverture, et procura de cette manière une guérison radicale, qui ne fut suivie que d'un petit ectropion, causé par l'incision faite aux tégumens dans le principe (2).

Malgré tout ce qu'avaient pu dire Wichmann et divers autres médecins, J. Arneman conseilla encore de faire, dans la dentition difficile, de profondes incisions étendues jusqu'à la dent. Ces incisions agissent, selon lui, comme saignée locale, et dissipent infailliblement les accidens. La description qu'il donne du procédé à suivre pour redresser les dents, est calquée sur celle de Fauchard; mais il conseille, quand les incisives supérieures sont trop saillantes, d'arracher la première molaire de chaque côté, opération après laquelle les dents de devant ne tardent point à se retirer en arrière. Arneman ne paraît pas être bien d'accord avec lui-même au sujet de l'application de la lime sur les

(1) *Collez. d'oss. e rifless. vol. III, oss.* 84, p. 374.
(2) *Loder's Journal*, Th. IV, st. 2, p. 289.

dents, puisqu'il conseille de limer la plus légère tache livide qu'on aperçoit à l'émail, puis de la cautériser, et que cependant il ne tarde point à rejeter ce précepte, qu'il ne veut plus qu'on suive dans aucun cas, si ce n'est dans celui où la carie se trouve réellement établie. Il croit très-utile, dans beaucoup de cas, d'arracher les dents cariées, de les bien nétoyer dans l'eau bouillante, et de les remettre en place. Tout ce qu'il dit d'ailleurs n'offre rien de nouveau, et il conseille la reposition des dents qui viennent d'être arrachées; car non seulement elles se consolident très-bien, mais même la circulation s'y rétablit (1).

Un dentiste de Berlin, nommé Lautenschlæger, inventa, pour percer les dents, une machine particulière, qu'il prétendit pouvoir être aussi employée avec beaucoup d'avantage dans l'extraction des racines (2); mais Calman Jacob la trouva tout-à-fait inutile, du moins pour arracher celles-ci. Ce dernier praticien, quand une racine cachée suscitait des accidens, s'assurait de sa situation avec la sonde, la mettait à nu en fendant la gencive, et l'arrachait ensuite avec un pied de biche courbe. Ce n'est pas l'évulsion, dit-il, qui présente des difficultés, et l'on n'a jamais besoin d'arracher la dent voisine pour en venir à bout; mais on a souvent beaucoup de peine à trouver la racine. Nous devons à Lautenschlæger un autre foret pour percer, dans les racines bien conservées, des trous qui servent à y attacher des couronnes artificielles (3).

Thiel arrêta une violente hémorrhagie alvéolaire en arrachant la dent voisine, ce qui permit à

(1) *System des Chirurgie*, Th. II, p. 339.

(2) *Hufeland's Journal*, Th. XVII, st. 2.

(3) *Loder's Journal*, Th. IV, st. 3, p. 437.

l'artère, par laquelle l'écoulement avait lieu, de se retracter (1). Jakob écrivit un article d'une prolixité rebutante pour prouver que l'éponge préparée est un moyen infaillible en pareil cas (2).

J. L. Deschamps n'a presque rien dit de nouveau dans son long travail sur les maladies du sinus maxillaire. Il recommande l'opération de Drake pour guérir les collections de pus et de sérosité dans ces cavités, et, après l'avoir achevée, il établit à demeure une canule de plomb, qu'il attache à la dent voisine par le moyen d'un fil. S'il existe un polype dans le sinus, on agrandit l'ouverture alvéolaire avec la pointe du trois-quarts, ou, quand les dents et les alvéoles sont encore saines, on donne la préférence à l'opération de Lamorier : ensuite il faut toujours arracher le polype, et en brûler les restes. Souvent aussi on est forcé de faire de larges ouvertures au palais, ou, quand la paroi jugale du sinus est tuméfiée, de percer cette cavité du côté de la joue, cas dans lequel on a sur-tout grand soin de ménager le plancher de l'orbite. Fréquemment néanmoins ces excroissances ne sont pas des polypes véritables, mais de simples épaississemens de la membrane muqueuse : on n'a pas alors toujours besoin de les extirper, et quelquefois les toniques unis aux styptiques suffisent pour les faire disparaître. Mais le squirrhe et le cancer exigent, à leur début, qu'on établisse de larges ouvertures pour pouvoir introduire le bistouri, les ciseaux et le cautère actuel : plus tard, ils sont incurables. Deschamps ne croit pas qu'une racine creuse puisse donner lieu à des affections de ce genre, et en particulier produire la carie du sinus maxillaire, parce

(1) *Ibid.* Th. III, st. 2, p. 384.
(2) *Ibid.* Th. IV, st. 4, p. 629.

qu'autrement cette dernière maladie serait beaucoup plus commune qu'elle ne l'est. Les causes lui en paraissent être les mêmes que celles qui engendrent la carie dans les autres os, de sorte qu'elle exige le même traitement, c'est-à-dire qu'il faut mettre à nu la portion malade, enlever tout ce qui est altéré, et combattre la cause générale. Quant aux exostoses et à l'ostéosarcome, on les détruit soit avec le trépan, soit avec le marteau et la gouge (1).

Richerand soutient que la transplantation d'une dent de la mâchoire d'un individu dans celle d'un autre, est une chose absolument impossible (2). Il ne s'écarte en rien de Desault pour ce qui concerne les maladies du sinus maxillaire et leur traitement (3).

J. J. Serre se montra grand partisan de l'opération de Cowper. Suivant lui, les fluxions du sinus maxillaire sont la plupart du temps dues, par sympathie, à des dents gâtées et creuses. Il assure avoir plus d'une fois arraché des dents à des personnes qui sur-le-champ aspiraient l'air par l'alvéole, et rendaient ainsi du sang par le nez, de sorte que, dans un très-grand nombre de circonstances, il suffit d'arracher les dents, et qu'on n'a nul besoin de perforer les alvéoles. Serre est parvenu à guérir un gonflement des deux sinus, en se bornant à faire l'évulsion de deux molaires, après laquelle les parois de la cavité s'affaissèrent d'elles-mêmes par l'effet de leur propre élasticité. On peut, dit-il, choisir indifféremment l'une ou l'autre molaire, et après la perforation de l'alvéole, on injecte une décoction d'orge avec du miel rosat. Fort souvent on

(1) Traité des maladies des fosses nasales et de leurs sinus. Paris, an XII, (1804).
(2) Nosographie chirurgicale, vol. II, p. 317.
(3) *Ibid.* vol. I, p. 400.

ne peut empêcher l'ouverture de persister et de devenir fistuleuse (1).

Guillaume Eichhorn rapporte qu'un énorme gonflement polypeux du sinus maxillaire, survenu à la suite d'une lésion externe, fut enlevé presque tout entier avec la scie; mais qu'il ne tarda pas à repulluler et à faire périr le malade (2).

Barthélemy de Siebold observa, sur un homme en démence, un cas analogue, qui se termina aussi par la mort (3). Il décrit, comme un fait entièrement nouveau, un ostéosarcome renfermé entre les lamelles du sinus, qu'il scia, sans causer de grandes douleurs, et qui ne reparut plus lorsque la surface de la plaie eut été touchée avec le fer rouge (4).

Chrétien Klein cautérisa inutilement avec le beurre d'antimoine une exostose de l'antre d'Highmore, qui faisait saillie dans le fond d'un grand nombre d'ulcères séparés les uns des autres. Fatigué de l'insuccès de toutes ses tentatives, il arracha la canine et trois molaires, arrêta l'hémorrhagie redoutable qui s'ensuivit avec des boulettes de charpie, et lia la tumeur avec un fil d'argent, mais en vain. Les douleurs violentes que la ligature causait obligea alors d'enlever l'excroissance par portions avec la gouge, et le malade fut rétabli au bout de quatre mois (5).

Ph. Val. Leinicker extirpa, plus heureusement encore, et avec moins de peine, un polype qui

(1) *Praktische Darstellung aller Operationen der Zahnarzneykunst* Berlin, 1803, p. 509.
(2) *Diss. de polypis, speciatim de polypis in antro Highmori. Gotting.* 1804.
(3) *Sammlung seltner und auserlesner chirurgischen Beobachtungen*, T. I, *Wuerzburg*, 1805, p. 225.
(4) *Ibid.* T. II, *Wuerzburg*, 1807.
(5) *Ibid.*

s'était développé dans le sinus maxillaire carié. Il arracha plusieurs dents, et agrandit l'ouverture qui résulta de l'opération, en brisant toutes les pièces osseuses frappées de carie (1).

Inventeur d'un nouveau procédé pour guérir ces maladies, C. A. Weinhold a le mérite d'avoir mis les chirurgiens à même de ne point pratiquer, du moins dans beaucoup de cas, des opérations qui sont souvent très-effrayantes, et qu'il a remplacées par une méthode de traitement bien plus douce. Il partage les affections du sinus maxillaire en maladies de la nutrition, de l'irritabilité et de la sensibilité, et les classe dans l'ordre suivant: blennorrhée, inflammation, ulcération, angiectasie, gonflement des nerfs, formation d'adipocire, sarcome, stéatome, carie, exostose, ostéosarcome, cancer, et sphacèle. Les phénomènes accessoires sont le rétrécissement de l'orifice excréteur, l'accumulation de la sérosité, les abcès et les fistules. Ce qu'on appelle communément abcès dans ce cas, n'est autre chose qu'une blennorrhagie purulente.

On parvient rarement, dit Weinhold, à procurer la résolution de l'inflammation qui s'établit dans l'antre d'Highmore. Il faut néanmoins tout faire pour la favoriser, soumettre le malade à un traitement général approprié, et employer les bains de vapeurs, les cataplasmes émolliens et les emplâtres résolutifs. Mais qu'on se garde bien d'arracher de suite une dent, quoiqu'elle soit gâtée, ou de pratiquer l'opération de Lamorier, à la suite de laquelle Weinhold a vu survenir un fongus de mauvais caractère. Les injections de

(1) *Diss. de sinu maxillari, ejusdem morbis, iisque medendi ratione. Virceburgi*, 1809.

Jourdain ne seraient pas plus efficaces, et ce ne serait pas moins inutilement qu'on tenterait de désobstruer ou de rouvrir l'orifice naturel du sinus, en se servant des moyens que ce praticien a recommandés. On réussit bien mieux en faisant prendre une poudre sternutatoire, composée de sucre et de turbith minéral. Quand cet orifice est tout-à-fait oblitéré, il ne reste d'autre ressource que de supprimer la sécrétion de la membrane muqueuse qui tapisse le sinus. Pour y parvenir, Weinhold enfonce un instrument particulier obliquement, en dehors de l'arcade zygomatique, et au-dessus de la fosse maxillaire, dans les parties molles jusqu'à l'os, ayant soin d'éviter le nerf sous-orbitaire et le plexus de la joue, ce qui n'est pas difficile, pour peu qu'on y fasse quelque attention : alors il perfore la paroi antérieure du sinus, et introduit un bourdonnet de charpie dans la plaie. Au bout d'un certain temps, il injecte une décoction de piment ou une dissolution de potasse caustique, et continue ce traitement à-peu-près pendant trois semaines; quand il est parvenu ainsi à dessécher la membrane muqueuse, il permet à la plaie extérieure de se cicatriser. Weinhold conseille de se conduire ainsi dans toutes les maladies de l'antre d'Highmore, lorsque l'orifice éducteur de cette cavité étant oblitéré, il y a cependant encore une autre ouverture qui communique avec elle. Mais quand le sinus est tout à fait rempli par une production morbifique quelconque, il faut le perforer depuis la joue jusqu'au palais, et le traverser avec un bourdonnet imbibé de préparations convenables. Si l'ouverture palatine doit tomber derrière la dent de sagesse ou la troisième molaire, on se sert du même instrument que pour l'opération précédente; mais s'il faut qu'elle corresponde, soit au bord alvéolaire, soit même à

sa face externe, le mieux est d'employer une aiguille courbe. Ces deux instrumens portent près de leur pointe aiguë un chas, dans lequel on fait passer un fil garni d'une mèche composée de dix à douze brins de charpie. Lorsque la pointe de l'instrument a traversé le palais, on tire ce fil par le moyen d'un petit crochet, jusqu'à ce que la mèche soit arrivée dans l'intérieur du sinus : alors, suivant les circonstances, on varie les médicamens qu'on étend à la surface de cette sorte de séton, qui doit être renouvellé chaque jour. Quand il s'est formé de l'adipocire dans l'antre d'Higmore, au lieu d'un bourdonnet, on se sert avec avantage d'une ligature serrée graduellement, et qui, jointe à l'établissement d'un grand nombre de petits trous, est toujours beaucoup plus utile, dans le traitement des exostoses, que le trépan, ou la gouge, ou la scie. Le seul cas dans lequel on doive pratiquer l'opération de Lamorier, c'est lorsque le sinus renferme un corps étranger. Dans les autres circonstances, ce procédé, et tous ceux qui s'en rapprochent par leur cruauté, doivent être rejetés, d'autant plus que les maladies du sinus maxillaire s'élèvent rarement au-delà du premier degré, à moins que le malade ne soit cacochyme, ou que l'affection ne soit le produit de la contagion; cas même dans lequel un traitement général a constamment plus d'effet que toutes les opérations possibles (1).

Malgré les avantages que cette méthode, douce et facile, a sur celles qu'on connaissait auparavant, et entr'autres sur le procédé de Desault, du moins dans un assez grand nombre de cas, on y a fait peu

(1) *Ideen ueber die abnormen Metamorphosen der Highmorshæhlen. Leipzig*, 1810.

d'attention chez les nations étrangères à l'Allemagne. Les Français et les Italiens modernes gardent un profond silence sur les opérations nécessitées par les maladies de l'antre d'Highmore, et les Anglais suivent absolument les anciennes méthodes.

Ainsi Samuel Cooper dit que, pour ouvrir le sinus, lorsqu'un abcès existe dans son intérieur, on doit arracher la molaire la moins saine, ou celle qui cause de la douleur quand on la frappe légèrement, parce que toutes les dents de cette série, à l'exception de la première, correspondent à l'antre d'Highmore, et prolongent souvent leurs racines jusque dans sa cavité. Cependant il vaut mieux, toutes choses égales d'ailleurs, arracher la troisième ou la quatrième, puisque ce sont celles-là dont le fond des alvéoles a le moins d'épaisseur. L'alvéole étant perforée, on place un morceau de bois ou une canule d'argent dans l'ouverture, pour empêcher qu'elle ne se referme. Quelquefois il est nécessaire d'agrandir encore cette ouverture, d'exciser le rebord alvéolaire lui-même, ou de trépaner l'apophyse malaire. Aussitôt qu'on a la certitude de l'existence d'une tumeur fongueuse ou autre dans le sinus, il faut sur-le-champ en ouvrir la paroi antérieure, et couper l'excroissance à sa racine (1).

Charles Bell veut, dans les abcès du sinus maxillaire, qu'on arrache la seconde molaire pour perforer ensuite l'alvéole avec un trois-quarts de la grosseur d'une plume à écrire, ou qu'on trépane avec la tréphine, au-dessus du bord alvéolaire, qu'on place une canule d'argent dans l'ouverture, et qu'on injecte de l'eau de chaux aiguisée avec un peu d'eau-de-vie (2).

(1) *A Dictionary of practical surgery. art. Antrum maxillare*, p. 131.
(2) *System of operative surgery*, *vol.* II, p. 208.

Suivant Ch. B. Zang, la perforation de l'antre d'Highmore est indiquée lorsqu'il existe dans cette cavité une collection de pus qui ne peut ni être résorbé, ni s'écouler par l'ouverture naturelle : elle l'est également dans les blennorrhées de la membrane muqueuse, les ulcérations, les végétations fongueuses, la carie, les corps étrangers et les fistules, mais non dans les exostoses, contre lesquelles rien ne réussit, si ce n'est un traitement interne convenable. Elle ne l'est pas non plus dans l'ostéosarcome, l'ostéostéatome et le cancer ; lorsqu'on la pratique chez un malade atteint de l'une de ces affections, elle est la plupart du temps infructueuse. Zang rejette aussi les injections faites d'après la méthode de Jourdain. Il recommande le procédé de Cowper dans les extravasations, les ulcérations, les fistules et la carie : la perforation de la fosse canine lui paraît convenir toutes les fois qu'on a besoin d'une large ouverture, soit pour détruire un corps étranger, ou extirper une végétation, soit pour supprimer la sécrétion de la membrane qui tapisse le sinus. Mais lorsque l'âge avancé du sujet, l'état parfaitement sain des dents, ou toute autre circonstance quelconque, ne permet pas de perforer l'alvéole, malgré qu'une ouverture soit nécessaire pour donner issue à une congestion de liquides, ou pour guérir tant des ulcères que des fistules, on perce l'os maxillaire immédiatement au-dessous de l'apophyse zygomatique, entre la troisième et la quatrième molaires, ou un travers de doigt au-dessus de la base de la couronne de la troisième molaire. Si la voûte palatine est malade et tuméfiée, on peut exécuter la perforation en cet endroit, comme aussi dans tous les points où l'affection se manifeste le plus visiblement, et où il est le plus facile de l'attaquer. Ensuite on fait les injections néces-

saires pour guérir les ulcérations, les blennorrhées, etc., et, pendant ce temps, on entretient l'ouverture béante au moyen d'une corde à boyau, d'une bougie ou d'une éponge. S'il existe un polype, on procède à son extirpation, après avoir agrandi le trou avec un trépan perforatif émoussé : quand cette excroissance est peu volumineuse, et n'a qu'une seule racine, on la coupe, ou on l'arrache, et pour peu que l'on craigne une hémorrhagie, on pratique de préférence la ligature ; quant aux caustiques, il ne faut y recourir qu'après avoir épuisé tous les autres moyens, et le fer rouge doit être considéré comme la dernière ressource, celle qu'il n'est permis d'employer que dans un cas très-urgent. Zang paraît ne vouloir se servir de la méthode de Weinhold que quand il s'agit de détruire un polype par le moyen des caustiques, et il craint beaucoup qu'on ne suscite des accidens graves en blessant quelque filet nerveux avec l'instrument acéré qu'on enfonce dans les parties molles de la bouche (1).

Cependant Weinhold a tout récemment encore démontré qu'on ne doit rien craindre de semblable lorsqu'on agit avec circonspection. L'expérience lui a appris qu'on ne réussit pas dans tous les cas avec les petites ouvertures que produit la tréphine ou l'aiguille, de sorte qu'il veut qu'on fasse des trous assez larges pour permettre l'introduction d'un bourdonnet épais. Il s'est vu contraint d'adopter la méthode de Desault pour détruire un polype avec dilatation du sinus ; le bourdonnet volant passé à la faveur de la tréphine n'avait procuré qu'un soulagement passager : comme le praticien français, après avoir écarté la joue, en tirant le coin de la

(1) *Darstellung blut. heilk. Operat.* Th. II, p. 316.

bouche, Weinhold conduisit un fort bistouri courbe depuis la dent canine, au-dessus de l'éminence malaire, jusqu'à la dernière molaire, et en passa un second de la main gauche à travers le palais, plongea dans le polype, à plusieurs reprises, une aiguille qu'il eut soin de rouler sur elle-même entre les doigts, et arracha ensuite, avec le polype, toute la portion de l'os maxillaire supérieur comprise entre les deux incisions. Après cette manœuvre, il appliqua, moins pour consumer les restes de l'excroissance que pour arrêter l'hémorrhagie, un cautère actuel présentant à-peu-près la forme du trois-quarts de Fleurant, et réprima dans la suite, avec la pierre infernale, quelques fongosités qui avaient repullulé. Aussitôt qu'il eut arrêté de cette manière les progrès de la carie et du polype, il soumit son malade à un traitement mercuriel méthodique. Les parois osseuses ne tardèrent pas à s'affaisser sur elles-mêmes. Du reste, Weinhold continue de recommander le bourdonnet volant pour exciter la suppuration; il conseille au moins d'y recourir avant de se décider à mettre le fer rouge ou l'instrument tranchant en usage (1).

Quant aux opérations nécessitées par les maladies des dents, cette branche de la chirurgie ne paraît pas avoir fait de grands progrès dans les temps les plus rapprochés de nous. Zang établit à la vérité les mêmes indications que ses prédécesseurs pour l'évulsion, mais il énumère aussi une foule de cas dans lesquels on ne doit point la pratiquer.

Parmi les instrumens, il adopte la pince, le pélican, le pied de biche, et le levier pyramidal; mais il rejette complètement le davier. Il accorde

(1) *Von den Krankheiten der Gesichtsknochen und ihrer Schleimhaute. Halle*, 1818.

la préférence à la pince parce qu'elle agit perpendiculairement ; mais elle ne suffit pas pour arracher les dents qui tiennent beaucoup. La clef serait le meilleur instrument pour enlever les molaires, si elle ne contondait point autant la gencive, et si elle n'exposait pas à briser la couronne. Le pélican agit avec beaucoup de force, mais il ne convient point pour les dents creuses et pour celles qui n'ont pas de voisines. Enfin le pied de biche et le levier ne servent qu'à l'extraction des racines. Zang ne détache la gencive avec le déchaussoir que quand cette précaution est absolument nécessaire (1). Lorsqu'on a arraché une bonne dent par inadvertence, on peut la remettre dans l'alvéole, où elle ne tarde pas à reprendre ; mais la reposition d'une dent qu'on arrache exprès à un autre individu, doit être rejetée comme une opération barbare et au-dessous de la dignité du médecin (2). L'instrument tranchant l'emporte de beaucoup sur tous les autres moyens, lorsqu'il s'agit de détruire une tumeur des gencives (3).

Le docteur Romershausen vient d'inventer, pour extraire perpendiculairement les dents, un instrument auquel il donne le nom de *dentarpaga* (4), et au moyen duquel on peut très-facilement s'en arracher une à soi-même, parce que dès qu'il est en place, un ressort achève l'opération sans qu'on ait besoin de faire autre chose que de le détendre. Cet instrument ne peut ni briser le rebord alvéolaire, ni contondre la gencive : il n'expose pas

(1) *Loc. cit* p. 434.
(2) *Loc. cit.* p. 456.
(3) *Loc. cit.* p. 419.
(4) Le docteur Romershausen n'a pas encore publié la description de son instrument : M. Sprengel la donne, il est vrai, d'après une lettre particulière qui lui a été adressée par ce praticien ; mais comme il est presqu'impossible de la comprendre sans le secours d'une figure, nous avons cru devoir la supprimer [*Note du T.*]

non plus à rompre la couronne, et paraît ainsi obvier à tous les défauts qui ont été reprochés à la clef anglaise.

CHAPITRE DIX-HUITIÈME.

Des Opérations qui se pratiquent dans l'intérieur de la bouche.

L'excision de la luette paraît avoir été assez usitée long-temps avant Hippocrate ; on est du moins porté à le croire d'après la manière dont s'exprime le médecin de Cos, qui recommande de ne pas la pratiquer avec maladresse et à contre-temps. Lorsque la luette tuméfiée, γαργαρεὼν, dit-il, est très-épaisse et rouge, on ne peut ni la couper ni la scarifier sans courir le risque de produire une forte hémorrhagie, ou d'exciter une violente inflammation. Il faut donc recourir à d'autres moyens de guérison. Mais quand la luette entière, σταφυλὴ (1), est en quelque sorte séparée, c'est-à-dire qu'elle est épaisse et ronde à sa pointe, tandis qu'elle ne présente qu'un très-petit diamètre à sa partie supérieure, on peut recourir à l'instrument tranchant ; toutefois si le danger de la suffocation n'est pas

(1) Σταφυλὴ est proprement, dans Hippocrate, le nom de la luette, sans égard à son état de santé ou de maladie ; mais γαργαρεὼν la désigne lorsqu'elle est malade. Comp. *Hipp. de affectionib.*, p. 517 : Ἢν δὲ ἡ σταφυλὴ καταχρεμάθη καὶ πνίγη, ἔνιοι δὲ τοῦτο καλέουσι γαργαρεῶνα. Cependant, ces deux dénominations sont fort souvent confondues l'une avec l'autre. Ainsi, Arétée dit (*De caus. et sign. morb. acut. lib.* I. *c.* 8, p. 6) : Τὸ ἀπὸ τῆς ὑπερώης ἐκκρεμένον σῶμα στεῤῥὸν, μεσαγὴ τῶν παρισθμιῶν, κιων καὶ γαργαρεῶν καλέεσθαι· σταφυλὴ γὰρ πάθεος ἐστιν οὔνομα. Galien veut aussi que le mot σταφυλὴ désigne la maladie, et κιών ou γαργαρεὼν, la luette. (*Galen. comp. sec. loc. lib.* VI, p. 247.)

trop imminent, on commence par préparer le malade en lui administrant quelques laxatifs (1). Cependant Hippocrate paraît rejeter ces précautions dans un autre endroit, où il dit que le gonflement de la luette se déclare lorsque les mucosités de la tête descendent dans cette partie : celle-ci devient alors rouge et enflammée, le sang y afflue en plus grande quantité, et elle finit par prendre une teinte noire; si l'on ne se hâte pas de la couper, le malade tombe dans les convulsions, et meurt suffoqué (2). Dans un troisième ouvrage, Hippocrate donne aussi, sans restriction, le précepte de plonger un instrument très-acéré dans la luette, lorsqu'elle est atteinte d'un gonflement qui résiste aux ventouses scarifiées à la nuque, et de l'enfoncer dans l'endroit où la rougeur est le plus prononcée (3). Hippocrate paraît distinguer de cette maladie une tuméfaction œdémateuse de la luette, qui en rend l'extrémité ronde et transparente ; il veut qu'on presse cette tumeur contre le palais, qu'on en incise la pointe, et qu'on fasse gargariser le malade (4).

Dans la tuméfaction des amygdales, indépendamment de divers moyens de dérivation, comme des ventouses scarifiées derrière les oreilles et au cou, l'ustion de la région auriculaire et de la nuque, etc., Hippocrate recommande encore les vapeurs d'herbes aromatiques cuites dans du vinaigre, qu'on dirige vers le fond de la bouche à l'aide d'un entonnoir. S'il survient de la suppuration, on explore les parties avec le doigt, et l'on plonge un fer acéré dans l'endroit où la tumeur oppose le moins de résistance. Quand la grenouillette ne s'ouvre pas d'elle-

(1) *Praenotiones* (*Opp.* p. 45.)
(2) *De morbis*, *lib.* II, p. 464.
(3) *De affectionibus*, p. 517.
(4) *De morbis*, *lib.* II, p. 470.

même, on la perce également avec un instrument pointu; on la cautérise, au contraire, lorsqu'il se forme des trajets fistuleux à l'extérieur (1). Du reste, il faut peut-être encore ranger ici le conseil que donne Hippocrate d'ouvrir dans l'ictère les veines épaisses et noires qui sont situées sous la langue (2), et l'histoire qu'il rapporte d'un cancer de l'arrière-gorge radicalement guéri par l'adustion (3).

Asclépiade de Bithynie recommande aussi d'ouvrir les veines situées sous la langue, dans l'angine; mais, lorsque le mal est plus violent, on doit scarifier le palais et les amygdales, opération qu'il appelait *homoiotomie* (4). On peut conclure de là qu'il excisait alors la portion saillante des tonsilles.

Démosthènes de Marseille défend de couper la luette lorsqu'elle gêne par suite de son relâchement ou de sa tuméfaction; il vaut mieux la brûler avec un mélange de chaux vive, de tartre, d'alun calciné et de vermillon, après quoi le malade se gargarise avec de l'huile et de l'oxymel, jusqu'à ce que l'escarrhe soit tombée (5).

Celse est très-porté pour les incisions profondes au palais et à la luette, ou pour la saignée des veines situées sous la langue, dans les esquinancies qui ne cèdent point aux remèdes généraux (6). Il conseille aussi de fendre les amygdales, quand elles sont enflammées, et qu'elles tardent à s'ouvrir (7). Lorsque leur inflammation se termine par induration, on les saisit avec un crochet, et on les coupe avec

(1) *Ibid.*
(2) *Ibid.* p. 472.
(3) *Epidem. lib.* VII, *n.°* 119, p. 1238.
(4) *Cœl. Aurel. morb. acut. lib.* III, *c.* 4, p. 193.
(5) *Aëtius Tetrab.* IV, *serm.* 2, *c.* 52, p. 344.
(6) *Lib.* IV, *cap.* 4.
(7) *Lib.* VI, *cap.* 10.

un bistouri. On ne peut pas exciser la luette, quand elle est rouge et enflammée, sans s'exposer à produire une forte hémorrhagie; mais lorsqu'elle est gonflée par un amas de mucosités, longue, mince, pointue et blanche, ou que, livide et épaisse à son extrémité, elle ne paraît tenir qu'à un étroit pédicule, on la prend avec une pince, au-dessous de laquelle on retranche ce qu'on juge nécessaire d'enlever (1).

On peut conclure d'un passage de Cicéron (2) qu'on coupait le filet de la langue long temps avant Celse, mais l'encyclopédiste latin est néanmoins le premier qui décrive cette opération chirurgicale avec précision. On saisit l'extrémité de la langue avec une pince, on la soulève, et on incise la membrane contre nature, en prenant bien garde de blesser les vaisseaux situés au-dessous de la langue. La plupart des enfans, dit-il, apprennent à parler lorsque la plaie est guérie, mais il en a vu un qui ne recouvra point la parole, malgré qu'il pût pousser sa langue bien au-delà des dents. Celse représente la grenouillette comme une tumeur enkystée qui cause quelquefois beaucoup de douleurs, et qu'on se contente d'inciser lorsqu'elle est peu volumineuse : dans le cas contraire, on coupe une portion des tégumens, et pendant qu'un aide écarte les lèvres de la plaie, on enlève la tumeur toute entière en évitant de blesser les vaisseaux (3).

Scribonius Largus paraît n'avoir pas connu l'excision et la scarification de la luette, ou du moins ne les avoir point approuvées, puisqu'il ne parle ni de l'une ni de l'autre. Il ne conseille que des remèdes astringens, tels que le sel ammoniac et la

(1) *Lib.* VII, *cap.* 12, §. 2. 3.
(2) *De divinatione*, *lib.* II, *cap.* 46.
(3) *Celsus*, *lib.* VII, *cap.* 12, §. 4. 5.

noix de galle, contre les gonflemens de cet appendice (1).

Arétée se borne à répéter les préceptes d'Hippocrate et de Galien sur l'ouverture des veines ranines et l'excision de la luette : il établit néanmoins une distinction entre le *staphyle*, tumeur arrondie de la luette, et le *kionis*, autre tumeur de cette même partie, qui est alongée, et qui présente un volume égal par-tout (2).

Galien conseille divers astringens contre les inflammations violentes de la luette et des amygdales : il prodigue sur-tout de grands éloges au suc de brou de noix (3). Quand la luette est squirrheuse, on doit, suivant lui, recourir à l'emploi des sels (4). Cependant on prend quelquefois le parti de la couper, et d'enlever ainsi la maladie avec elle ; mais on ne doit pas trop se presser de faire cette opération, qu'il ne faut entreprendre que quand la luette est devenue coriace comme du cuir. Souvent aussi on n'a pas besoin de l'instrument tranchant, et les caustiques suffisent pour exciter une suppuration suivie de la chute de l'appendice (5). Quant à l'opération, Galien l'exécutait de la même manière que Celse (6).

Léonidas d'Alexandrie a donné plusieurs règles concernant la manière d'ouvrir les abcès des amygdales. On fait, dit-il, asseoir le malade : on lui recommande de bien ouvrir la bouche, on abaisse la langue avec une spatule, et on plonge un long bistouri ou une aiguille dans l'abcès (7).

(1) *Comp. med. cap* 14. (*Coll. Steph.* p. 204.)
(2) *De curat. morb. acut. lib.* I, *cap.* 7. (*Ed. Boerhaav. Lugd. Bat.* 1731), p. 87.
(3) *Comp. sec. loc. lib.* IV. (*Pars* II, p. 238.)
(4) *Ibid.* p. 249.
(5) *Method med. lib.* XIV. (*P.* IV, p. 191.)
(6) *Introductis.* (*P.* IV, p. 388.)
(7) *Ætius*, *tetrab.* II, *serm.* 4, *cap.* 45, p. 710.

Cœlius Aurélianus se servait aussi d'un long phlébotome particulier, pour scarifier la langue, le palais et le voile du palais, dans les angines violentes (1).

Oribase recommande de la circonspection en excisant la luette : il ne faut pas la couper toute entière, mais en laisser toujours une portion, sans quoi la voix se trouve altérée, et l'air arrive trop froid dans les poumons (2).

Marcellus de Bordeaux accumule une foule de remèdes superstitieux et de paroles magiques, que nous n'osons point rapporter ici (3).

Aëtius suit Galien dans tout ce qu'il dit de l'incision de la luette (4). Il rejette le conseil donné par Celse, d'enlever complètemeat les amygdales tuméfiées ou engorgées, parce qu'on s'exposerait, suivant lui, à produire une hémorrhagie très-considérable. Ainsi, quand le gonflement des tonsilles résiste à tous les moyens, même à la compression exercée avec le doigt, on saisit l'une après l'autre les deux glandes avec un crochet, et on retranche de chacune toute la portion qui fait saillie (5). Une opération guérit l'ankyloglosse chez les individus dont les membranes situées dans la langue sont trop courtes naturellement, ou raccourcies par des cicatrices, et qui ne peuvent point prononcer de certaines lettres, telles que l'R., l'L. et le K : on soulève la langue, on saisit la cicatrice ou la membrane engorgée et trop courte, avec un crochet, et on les coupe avec les précautions nécessaires pour ménager les vaisseaux. La grenouillette est pro-

(1) *Acut. lib.* III, *c.* 3, p. 188.
(2) *Collect. med. lib.* XXIV, *cap.* 10. (*Ed. Venet.* 1554), p. 671.
(3) *Med. cap.* 14. (*Coll. Steph.* p. 298.)
(4) *Tetrab.* II, *serm.* 4, *cap.* 41, p. 693.
(5) *Ibid. cap.* 68, p. 731.

duite par la dilatation variqueuse des veines sublinguales : on doit l'ouvrir, quand elle résiste aux astringens et aux caustiques (1).

Paul d'Egine s'exprime à peu près de même en parlant de l'ankyloglosse. Cependant il veut qu'on coupe en travers le filet, lorsqu'il est naturellement trop court, et obliquement les cicatrices, après les avoir soulevées à l'aide d'un crochet. On doit toujours opérer les amygdales tuméfiées, dès que l'inflammation est un peu appaisée : un aide abaisse la langue avec un glossocatoche, le chirurgien saisit la tumeur avec un érigne, la tire autant que possible à soi, et la coupe à sa base avec l'ancylotome, de manière à n'en rien laisser subsister (2). Paul opère la section de la luette d'après le même procédé que Celse; il se sert d'un σταφυλάγρα particulier pour la tenir, et d'un staphylotome pour la couper; mais quand la pusillanimité du malade ne permet pas de recourir au bistouri, on remplit l'instrument appelé *staphylocaustum* d'une substance caustique quelconque, et, levant avec soin la luette, on entoure avec cet instrument la portion que l'on se propose de retrancher : il faut employer un caustique, qui ne soit ni trop humide ni trop sec; car, dans le premier cas, il étendrait son action sur les parties qu'on veut ménager, et dans le second, il n'agirait pas avec assez de promptitude. On l'applique une ou plusieurs fois, et on fait pendant ce temps pencher la tête du malade en avant, afin que la salive puisse s'écouler hors de la bouche. Ordinairement la portion cautérisée de la luette tombe vers le troisième ou le quatrième jour (3). Quand un corps étranger, particulière-

(1) *Ibid. cap.* 36, p. 682.
(2) *Paull. Œgin. lib.* VI, *cap.* 29. 30, p. 184.
(3) *Ibid. cap.* 31, p. 185.

ment une arête de poisson, est resté dans le pharynx, et que l'œil peut encore l'apercevoir, on en fait l'extraction avec l'acanthobole; mais si ce corps est situé hors de la portée de la vue, on l'enfonce dans l'estomac en faisant avaler une grosse bouchée d'alimens, ou bien on excite le vomissement afin de le ramener dans la bouche : s'il résiste à ces deux moyens, on attache un morceau d'éponge à un fil, on le donne à avaler, et on le retire sur le champ, répétant ainsi l'opération jusqu'à ce que l'éponge entraîne l'arête (1).

Les Arabes ne firent guère que copier les Grecs pour tout ce qui se rapporte à ces diverses opérations. Cependant Sérapion le jeune parle d'un instrument particulier propre à faire la section de la luette, mais il ne le décrit pas (2).

Rhazès, imitateur servile de Galien et de Paul d'Egine, n'a même pas toujours bien compris ses deux modèles; car il dit, dans un endroit, que quand la luette offre une tumeur arrondie à son extrémité, et qu'elle est mince à sa base, on doit l'enlever toute entière, tandis que, dans un autre passage, il recommande de ne recourir à l'excision que quand la luette est étroite et mince dans toute sa longueur. Mais en général, il préfère l'instrument tranchant aux caustiques, et cependant il veut, qu'après avoir terminé la section, on brûle la surface saignante (3). Si l'on est forcé d'exciser une tumeur uvulaire rouge et volumineuse, on commence par employer des remèdes propres à la faire diminuer, et par purger le malade (5). Rhazès

(1) *Ibid. cap.* 31.
(2) *Ract. tract.* II, *cap.* 17. 18, *fol.* 17, f.
(3) *Ad Almans. lib.* IX, *fol.* 38.
(4) *Continens*, *lib.* III, *cap.* 6, *fol.* 67. b. *col.* 2.
(5) *Ibid. fol.* 68, b. *col.* 2.

répète, d'après Oribase, que le malade mourrait si un air trop froid s'introduisait dans ses poumons. Quelquefois on réussit à faire remonter la luette quand elle est relâchée, en y portant une cuiller remplie d'alun (1). Lorsque les amygdales sont tuméfiées, on est souvent obligé d'aller les saisir avec une érigne, et d'en retrancher le quart, mais cette opération présente tant de difficultés, qu'il vaut mieux recourir à la bronchotomie (2). On avale quelquefois des sangsues en buvant de l'eau; quand ces animaux s'attachent au voile du palais, on les saisit par la tête avec des pinces, et on les enlève : s'ils sont situés à une plus grande profondeur, on les fait tomber au moyen d'un gargarisme préparé avec de la moutarde ou d'autres substances analogues. Rhazès parle aussi d'un instrument particulier pour extraire les corps étrangers de l'œsophage : cet instrument est en plomb, et il a la forme d'un nid d'oiseau (3). Un certain Charasamus pratiquait l'extraction des sangsues et des autres corps étrangers avec un lacet (4). Rhazès coupait le filet de la langue à la manière des Grecs; mais il conseille de ne jamais porter l'instrument tranchant sur la grenouillette, dans la crainte d'exciter une hémorrhagie effrayante, et il veut qu'on n'oppose à cette maladie que des remèdes dessicatifs (5).

On trouve dans Haly-Abbas (6) des préceptes analogues sur la section de la luette. Cet écrivain copie textuellement Paul d'Egine pour tout ce qui

(1) *Ibid. fol.* 71, a. *col.* 2, *fol.* 73, a. *col.* 1.
(2) *Fol.* 68, b. *col.* 1.
(3) *Ad Alm. loc. cit.*
(4) *Continens*, *loc. cit. fol.* 66, b. *col.* 1.
(5) *Ibid. cap.* 7, *f.* 66, b. *col.* 2.
(6) *Pract. lib.* VI, *cap.* 1, *fol.* 135.

concerne les autres opérations dont nous nous occupons ici (1).

Avicenne conseille, lorsqu'on craint trop l'hémorrhagie dans la section du filet de la langue, de passer à travers cette membrane un fil dont on noue les deux extrémités ensemble (2). Du reste, il ne s'écarte point non plus de la route tracée par les Grecs (3).

Jean Mésué compte beaucoup, dans les gonflemens de la luette, sur la ligature d'une touffe de cheveux au sommet de la tête, qu'on doit serrer jusqu'à ce que la peau se détache du crâne. On peut aussi guérir la maladie en soulevant la luette avec un instrument chargé de substances médicamenteuses convenables. Mais si cet appendice vient à mourir, et qu'il soit cependant long et mince, on l'excise avec un bistouri d'or rougi au feu : pour éviter la lésion des parties voisines, on enveloppe ce bistouri d'une gaîne garnie d'un trou dans lequel on fait entrer la portion de la luette qu'on veut retrancher. Il ne faut jamais couper celle-ci toute entière, et l'opération doit être différée jusqu'à ce qu'elle soit en partie frappée de mortification. Quand les tumeurs des amygdales blanchissent, on saisit ces corps avec une double érigne, et on les extirpe entièrement à la faveur d'un bistouri courbe : l'hémorrhagie s'arrête ensuite par l'usage d'un gargarisme astringent, ou par l'application d'un fer rouge (4).

Suivant Abu'l Kasem, qui suit d'ailleurs Paul d'Egine en parlant de la section du filet de la langue, on ne doit plonger le bistouri dans la gre-

(1) *Ibid. lib.* IX, *c.* 35, f. *fol.* 164.
(2) *Canon*, *lib.* III, *fen.* VI, *cap.* 12. 13, p. 453.
(3) *Ibid. fen.* IX, *c.* 3. 4. 10. 15, p. 466.
(4) *Pract. sect.* I, *part.* II, *summ.* 1, *cap.* 2, *fol.* 205.

nouillette, que quand la tumeur est blanchâtre et remplie de fluide; mais lorsqu'elle forme un nœud brunâtre, dur et indolent, comme elle est, dans ce cas, cancéreuse, il faut bien se garder d'y toucher. Si les amygdales sont gonflées, on les saisit avec une érigne, et on les coupe avec des ciseaux ou un bistouri courbe. Cependant Abu'l Kasem prescrit de les respecter, lorsqu'elles ont une couleur rouge très-foncée, et que leur base occupe une surface fort étendue. Il assure avoir opéré une tumeur tonsillaire, qui s'étendait jusque dans le nez, et qui repullulait toutes les fois qu'on l'arrachait. C'était là évidemment un polype nasal. Abu'l Kasem veut qu'on enlève la luette lorsqu'elle est longue et mince, mais non quand elle est ronde et livide: il préfère les caustiques à l'instrument tranchant pour cette opération. L'instrument de Rhazès est celui qui lui paraît le meilleur pour extraire les arêtes de poissons, les sangsues, et les autres corps étrangers engagés dans l'œsophage (1).

Avenzoar ne se dégage point non plus ici de la crainte que les opérations en général lui inspirent, et malgré qu'il convienne que l'excision de la luette est parfois absolument nécessaire, il recommande néanmoins de ne jamais couper cet organe tout entier, précepte qu'il fonde sur les mêmes motifs que ses prédécesseurs (2).

Les Latins barbares ajoutèrent peu de choses à ce qu'ils trouvèrent dans les Grecs et dans les Arabes.

Roger de Parme ouvrait les abcès qui se forment ordinairement dans l'arrière-gorge après les esquinancies, soit avec le doigt, soit avec une lancette. Il coupait la luette prolongée ou tuméfiée avec des ci-

(1) *Chirurg. lib.* II, *sect.* 34. 39, p. 196.
(2) *Theïsir, lib.* I, *tr.* 10, *cap.* 13. *fol.* 15.

seaux, mais non pas jusqu'à sa base. Quant à l'extirpation des amygdales, il la pratiquait de la même manière que ses devanciers. Mais il cautérisait avec des instrumens de fer ou d'or, lorsqu'il y avait putréfaction, c'est-à-dire gangrène ou cancer (1).

Brunus de Longobucco (2) et Guillaume de Salicet (3) s'écartent peu de Roger au sujet de ces opérations. Guillaume employait cependant, pour enlever la luette, un tube de sureau, dans l'extrémité duquel il engageait l'appendice, dont il opérait ensuite la section au moyen d'un fer ardent ou d'un bistouri enfoncé dans le tube.

Lanfranc de Milan copie mot pour mot Paul d'Egine, en parlant de l'excision de la luette. Il coupait le filet de la langue avec un bistouri d'or rougi au feu, et quand la grenouillette ne cédait point aux frictions faites avec du sel, il l'extirpait complètement, après quoi il frottait encore la plaie avec du sel (4). Il rapporte en outre l'observation remarquable d'une angine, à laquelle succéda un abcès qu'il ouvrit par une incision profonde faite avec le rasoir : il nourrit son malade au moyen d'une canule placée dans la bouche, et finit par extraire une concrétion purulente, qui avait la forme d'une circonvolution d'intestin (5).

Guy de Chauliac voulait que, pour ouvrir les abcès gutturaux produits par les angines, on fît avaler au malade un morceau de viande de bœuf

(1) *Chirurgia*, *lib.* II, *cap.* 13. 14. 15, *fol.* 370, *tr.* 371, c. d.
(2) *Chirurgia magna*, *lib.* II, *cap.* 3, *rubr.* 4. 5, *fol.* 121. 122.
(3) *Chirurgia*, *lib.* I, *cap.* 20, *fol.* 310, d.
(4) *Chirurgia parva*, *tr.* III, *doctr.* 3, *cap.* 4, *fol.* 240, b.
(5) *Chirurgia magna*, *tr.* III, *doctr.* 2, *cap.* 5, *fol.* 232. c. — Hévin (Mémoires de l'Académie de chirurgie, vol. I, p. 444), croit voir, dans cette observation, un exemple de guérison d'une plaie de l'œsophage, dont Lanfranc ne dit néanmoins pas un seul mot. Mais ne serait-

attaché à un fil, et qu'on retirât ensuite avec force ce corps étranger (1). Il se comportait dans la grenouillette et coupait le filet de la langue absolument comme Avicenne et Abu'l Kasem. Il y a, dit-il, trois manières de détruire les gonflemens de la luette : la première consiste à les saisir avec des pinces ou une érigne, et à les couper avec des ciseaux ou avec un bistouri en forme de faux, la seconde à se servir de l'instrument de Mésué, et la troisième à recourir aux caustiques. Guy de Chauliac ne s'écarte point d'Abu'l Kasem et d'Haly-Abbas pour ce qui concerne l'extirpation des amygdales et l'extraction des corps étrangers tombés dans l'œsophage (2).

Pierre de la Cerlata saisissait la grenouillette avec une érigne, et l'excisait avec un rasoir (3). Quand la sage-femme n'avait pas bien arraché le filet de la langue avec le doigt, il en faisait la section au moyen de l'instrument de Gamant, après avoir soulevé la langue avec les doigts. La mobilité de l'organe et l'humidité qui abreuve la bouche empêchent les bords de la plaie de se réunir; à ces deux causes, l'auteur en ajoute encore une : *quia res, quæ inciditur, est spermatica* (4).

Valescus de Tharare conseille d'appliquer toujours le fer rouge après l'extirpation de la grenouillette, parce que les caustiques provoquent facilement des accidens fâcheux dans ce cas (5). Il se contente d'inciser la luette quand un abcès s'est développé dans son intérieur, et ne consent à la

ce pas plutôt un cas d'angine polypeuse, qui fut guérie par la bronchotomie pratiquée sans dessein, et par l'extraction de la membrane contre-nature ?

(1) *Chirurgia magna*, *tr.* II, *doctr.* 2, *cap.* 3, *fol.* 20, c.
(2) *Ibid. tr.* VI, *doctr.* 2, *cap.* 2, *part.* 5, *fol* 73, c.
(3) *Chirurgica*, *lib.* II, *tr.* 9, *cap.* 4, *fol.* 46, b.
(4) *Ibid. lib.* V, *tr.* 10, *Pars* 4, *cap.* 1, *fol.* 106, b. *fol.* 107, a.
(5) *Philon. lib.* II, *cap.* 68, *fol.* 88, a.

couper que lorsqu'elle est trop longue : il emploie à cet effet une pince et des ciseaux ; mais il recommande instamment de ne jamais en retrancher plus qu'il ne faut pour la réduire à ses dimensions naturelles, assurant avoir vu un ecclésiastique périr suffoqué au bout de trois jours, parce qu'on lui avait coupé la luette toute entière (1).

Barth. Montagnana paraît ne pas connaître l'excision de la luette, mais il recommande beaucoup d'exercer une forte traction sur le vertex en tirant les cheveux du malade, après lui avoir posé les genoux ou les pieds sur les épaules (2). Jean Platearius conseille, lorsque ce moyen demeure sans effet, de cautériser la luette avec une pièce de monnaie en or qu'on a fait rougir au feu, et qu'on porte au fond de la bouche, en se servant d'un instrument approprié à cet usage. Les cas sont fort rares où l'on peut se permettre de couper l'extrémité de cet appendice, et encore ne faut-il le faire qu'avec beaucoup de circonspection. Platearius conseille de crever les abcès produits par les angines avec un morceau de bois poli, ainsi que son père l'avait pratiqué avec succès chez un habitant de Salerne, qui fut pris d'une suffocation soudaine en jouant aux dames (3).

Jean Arculanus se servait, pour ouvrir les abcès du fond de la gorge, d'une *sagitella*, ou d'autres instrumens analogues, garnis d'un rebord qui les empêchait de pénétrer au-delà de la profondeur nécessaire. Il employait un instrument semblable à celui de Mésué pour exciser la luette; mais lorsque la gangrène s'emparait de cet appendice, sans que sa longueur devînt plus considérable, il voulait que l'on cautérisât sur plusieurs points avec

(1) *Ibid. lib.* III, *c.* 3, *fol.* 103, b.
(2) *Consil.* 88, *cap.* 2, *fol.* 118, e.
(3) *De aegritud. spirit. cap.* 1. 2, *fol.* 211, b. f.

différens instrumens. Il recommande, pour extraire les corps étrangers de l'œsophage, l'instrument de Rhazès, dont Hévin lui attribue faussement l'invention. Il vit aussi sortir, au bout de deux mois, par l'ouverture d'un abcès survenu au col, un petit os pointu qui était demeuré engagé dans l'œsophage. Lorsqu'il s'agissait d'ouvrir un abcès survenu à la suite d'une esquinancie, Arculanus se servait, soit des ongles de ses doigts, soit d'un très-petit bistouri fixé à un morceau de bois (1).

Alexandre Benedetti redoutait à tel point l'hémorrhagie, dans l'opération de la grenouillette et l'excision de la luette, qu'il ne les pratiquait qu'à la dernière extrémité, aimant beaucoup mieux employer les caustiques. Il recommande d'ouvrir les veines ranines dans le prolapsus de la langue, dont il observa un exemple à la suite de la syphilis. Ses ouvrages indiquent aussi divers instrumens de bois, de fer ou de corne, pour ouvrir les abcès de l'arrière-gorge. Il employait des bougies de cire pour enfoncer les corps étrangers arrêtés dans l'œsophage, après s'être épuisé en efforts inutiles pour les extraire avec le bec de grue (2).

Malgré tout ce qu'avaient dit les anciens contre cette opération, Jean de Vigo veut qu'on excise la luette toute entière, et qu'on touche ensuite la plaie avec des caustiques ou avec un fer ardent. Indépendamment des instrumens déjà connus pour ouvrir les abcès des amygdales et de l'arrière-gorge, il recommande un bistouri particulier qu'on courbe en manière de bec d'oiseau de proie (3).

Paracelse décrit la grenouillette comme un apostème engendré par tous les vaisseaux qui se rendent

(1) *Comment in Rhaz. Non. ad Almans. cap.* 55, f. *fol.* 81, i. f.
(2) *Opp. lib.* V, *cap.* 9. 23, *p.* 233.
(3) *Practica*, *lib.* II, *tr.* 3, *cap.* 15. 16, *fol.* 46, b. f.

sous la langue, et qu'on guérit en ouvrant ces vaisseaux, puis pansant la plaie avec des substances détersives (1).

Ambroise Paré ne fonde pas beaucoup d'espoir sur l'incision pour guérir la grenouillette, qu'il préfère brûler avec une espèce de trois-quarts courbé, rougi au feu, après avoir appliqué une plaque de fer trouée sur la tumeur, qu'il relève en la comprimant, au-dessous du menton, avec le pouce. Lorsqu'il avait à enlever une portion de la luette, il se servait tantôt du cautère actuel porté à la faveur d'une canule fenêtrée, et tantôt aussi d'une ligature, appliquée au moyen d'un porte-ligature en forme d'anneau, de l'invention de Castellanus. Il aimait beaucoup à employer dans ce cas, le *speculum oris*; dont il décrit deux espèces, de forme différente (2). Il opérait l'extraction des corps étrangers de l'œsophage, les scarifications et l'extraction des tonsilles, ainsi que la section et la ligature de la luette, d'après les mêmes principes que ses prédécesseurs (3); mais c'est lui qui le premier parle des palais artificiels, que l'on construit avec une plaque d'or ou d'argent, et qu'on applique au moyen d'une éponge. Il remplaça la perte de la partie antérieure de la langue avec une plaque si heureusement disposée, que le malade recouvra l'usage de la parole (4).

Paré guérit aussi une fistule du conduit de Sténon sans connaître la maladie à laquelle il avait affaire. Un soldat ayant eu la joue abattue toute entière jusqu'à l'os, ne put être pansé qu'au bout de trois jours; sa plaie était alors remplie de vers, et dans le plus mauvais état : Paré la nettoya, et la guérit en

(1) *Bertheoney, lib.* III, *cap.* 3, *p.* 372. (*Opp. chir.*)
(2) *De tumor. contra nat. part. Opp. lib.* VII, *cap.* 5, *p.* 229.
(3) *Ibid. lib.* XVI, *c.* 24. 29, *p.* 47, e.
(4) *Ibid. lib.* XXII, *c.* 4, *p.* 650.

peu de temps, à l'exception d'une petite ouverture du diamètre d'une tête d'épingle, au milieu de la joue, qui ne voulut pas se fermer, et qui donnait issue à beaucoup de fluide séreux et visqueux, principalement lorsque le malade parlait et mangeait, cas dont l'habile chirurgien paraît avoir observé plusieurs autres exemples. Il cautérisa le fond de cette ouverture à plusieurs reprises avec de l'eau forte et un peu de vitriol calciné, ce qui finit par en amener la cicatrisation (1).

Amatus de Portugal guérit, sans s'y attendre, une esquinancie violente, en portant au fond de la gorge une bougie de cire, avec laquelle il creva par hasard l'abcès (2). Il guérit aussi un prolongement considérable de la luette par le gayac et les évacuans; dans un autre cas, il coupa l'appendice avec des ciseaux, et toucha la plaie avec de l'acide sulfurique; mais il montre combien facilement on peut se tromper dans cette opération, et couper plus qu'il ne convient (3).

Donat-Antoine d'Altomari ne paraît cependant pas avoir eu beaucoup d'égard à ces préceptes dictés par la prudence, puisqu'il veut qu'on excise la luette, tant lorsqu'elle est alongée et mince, que quand elle est épaisse et disposée en manière de cerise (4).

Jacques Dalechamp se montra également partisan de la ligature de la luette avec l'instrument de Dalechamp (5).

Lorsque la grenouillette ne cède point aux moyens ordinaires, Jerôme Mercuriali prescrit de la soule-

(1) *Ibid. de sing. part. vulnerib. Opp. lib.* IX, *c.* 25, *p.* 304.
(2) *Curat. med. cent.* III, *cur.* 29, *p.* 243.
(3) *Ibid. cur.* 65, p. 278.
(4) *Ars medendi*, *cap.* 44. (*Opp. p.* 322.)
(5) Chirurgie Française, Lyon, 1569. — Comp. *Haller*, *Bibl. chirurg. vol.* I, *p.* 224.

ver avec une érigne, et de la couper à sa base, parce que quand on n'enlève pas entièrement le sac qui produit la tumeur, il ne tarde pas à se remplir de nouveau, et que la maladie récidive (1). Jean Fragosi reconnut que la tumeur ne renferme pas ordinairement du sang, mais un fluide albumineux (2).

Cependant, J.-C. Aranzi considérait encore la grenouillette comme un abcès proprement dit, qui peut être ou non de nature inflammatoire, et qu'il faut ouvrir avec le phlébotome, lorsqu'on reconnaît la présence du pus (3). Quand la luette était tuméfiée, il n'avait recours qu'aux émissions sanguines, car il ne parle d'aucune opération pour guérir cette maladie (4). M. Donatus va plus loin encore; il prétend avoir guéri par de simples gargarismes un alongement si considérable de la luette, qu'elle s'avançait jusqu'aux incisives, et qu'elle était déjà devenue tout-a-fait insensible (5).

Pierre Foreest, qui a vu le chirurgien Pierre Friedrich extirper une masse pierreuse sous la langue (6), est également plus porté pour l'incision simple que pour l'excision de la grenouillette : seulement il recommande de faire sortir avec soin tout le contenu de la tumeur, qui renaît presque toujours lorsqu'on néglige cette précaution (7). Sa description du procédé à suivre pour faire la section du filet de la langue est copiée des anciens; mais il dit que Friedrich exécutait de préférence cette opéra-

(1) *De morb. pueror. lib.* II, *cap.* 14. (*Opp. ed. Chrosczieyoiosky. Venet.* 1601, *fil.* 81, b.

(2) *Chirurgia universale*, *Palerma*, 1639, *lib.* II.

(3) *De tumor. pr. nat. cap.* 32, *p.* 196. 197.

(4) *Ibib. c.* 36, *p.* 198.

(5) *De med. hist. mir. lib.* III, *c.* 3, *fol.* 84.

(6) *Obs. et curat. med. lib.* XIV, *obs.* 26, *p.* 127.

(7) *Ibid. obs.* 29, *p.* 129.

avec des ciseaux pointus (1), et il assure avoir guéri plusieurs tuméfactions ou procidences de la luette, sans faire d'incision : dans un cas où cet appendice était très-épais et blanc, après avoir administré des évacuans, il y pratiqua une incision, qui fut suivie de la chute spontanée de la portion malade (2).

Jérôme Reussner ne paraît pas non plus très-disposé à adopter les incisions dans la maladie connue sous le nom de chute de la luette, et contre laquelle il recommande une grande quantité de remèdes, dont la plupart se rattachent à des idées superstitieuses (3).

Fabrice d'Aquapendente fut le premier qui s'éleva contre la mauvaise habitude qu'avaient les sages-femmes de déchirer le filet de la langue, chez les enfans nouveaux nés, avec un de leurs ongles qu'elles conservaient long et pointu dans cette intention. Cette méthode ne produit que trop souvent des inflammations violentes et même mortelles. Il est rare que le filet de la langue soit assez fort pour nécessiter une opération; mais, dans ce cas, on soulève la langue, on saisit la membrane entre deux doigts, et on la coupe à plusieurs reprises avec un bistouri courbe. Le meilleur moyen contre la grenouillette serait de l'extirper tout-à-fait; mais comme la situation de la tumeur rend l'opération très-difficile, il vaut mieux faire une large incision, évacuer le contenu du kyste, et attendre la destruction de ses parois. Quand la luette, plus longue que de coutume, est en outre noire, ou blanche et insensible, on la coupe avec des ciseaux, parce qu'il n'est pas commode d'agir au fond de la bouche avec l'érigne et le bistouri à la fois, puis

(1) *Ibid. obs.* 20, *p.* 131.
(2) *Ibid. lib.* XV, *obs.* 1. 3. 4. 5, *p.* 137. 140.
(3) *Obs.* 55, *p.* 31.

on porte sur la plaie un instrument en forme de spatule, et modérément échauffé, pour rappeler la chaleur naturelle. L'extirpation des amygdales est une opération très-dangereuse, qu'il ne faut entreprendre que quand ces glandes sont déjà entièrement putréfiées et isolées. On la fait avec l'ancylotome de Paul d'Egine. Fabrice conseille, pour l'extraction des corps étrangers dans l'œsophage, une multitude de moyens et d'instrumens, déjà connus avant lui ou nouveaux. Il parle aussi de palais artificiels en éponge, en coton, ou en argent, et de divers *specula oris* ou glossocatoches (1).

C'était principalement sur les efforts pour vomir que Fabrice de Hilden comptait pour chasser les corps étrangers de l'œsophage, et il n'avait recours aux instrumens que quand cette méthode échouait. Parmi ces derniers, celui qu'il juge le plus convenable est l'instrument de Ryff, ou, pour mieux dire, celui d'Arculanus et de Rhazès, perfectionné par lui : cet instrument est composé d'une canule en or ou en argent, longue d'un pied et demi, un peu courbée, percée de trous dans toute son étendue, et garnie en devant d'une éponge dont la grosseur égale celle d'une noisette : on s'en sert pour amener le corps étranger au dehors, et pour l'enfoncer lorsqu'on ne peut le faire sortir par la bouche (2). Fabrice a vu une grenouillette assez volumineuse pour remplir presqu'entièrement la bouche. Il excisait cette tumeur avec des ciseaux, après l'avoir saisie avec une pince, ou bien il en faisait la ligature. Il lui paraissait même quelquefois nécessaire de recourir au fer rouge introduit à la faveur d'une canule fenêtrée, et, dans les cas ordinaires,

(1) *De op. chir.* (*Opp. chirurg. P.* I, *c.* 35. 39, *p.* 127. 135.)
(2) *Obs. med. cent.* I, *obs.* 36, *p.* 30, *cent.* VI, *obs.* 34, *p.* 540.

il soufflait une poudre styptique sur la luette (1). Rien n'est plus déplacé que d'opposer au relâchement de la luette des remèdes violens, comme l'eau forte, le poivre et autres semblables, qu'il a vus plusieurs fois exciter une inflammation violente, suivie d'ulcérations à la gorge et même de la mort (2). Le tétanos se déclara chez un sujet à qui un charlatan avait coupé maladroitement le filet de la langue. L'opération n'est cependant point dangereuse par elle-même, pourvu qu'on ne fasse pas agir l'instrument tranchant à une trop grande profondeur, et il est toujours bon de faire plusieurs incisions transversales pour empêcher le recollement des lèvres de la plaie (3).

Les deux Fabrices avaient en outre une connaissance très-superficielle des fistules salivaires. Fabrice de Hilden en guérit une de la parotide par l'application des caustiques (4).

Les praticiens, dont Fabrice d'Aquapendente avait ouvert les yeux, acquéraient chaque jour de plus en plus la conviction des inconvéniens produits par l'usage où l'on était d'abandonner la section du filet de la langue aux sage-femmes. V. F. Plemp fit voir que cette opération est non-seulement inutile dans le plus grand nombre des cas, mais encore extrêmement dangereuse, de sorte qu'elle ne doit être exécutée que par un chirurgien fort habile, qui a mûrement réfléchi sur le cas (5).

A cette epoque on s'occupa aussi d'une manière spéciale de la grenouillette. Ernest Hettenbach publia une dissertation sur cette maladie (6). N. Tulp,

(1) *Ibid. cent.* II, *obs.* 19, *p.* 93.
(2) *Ibid. cent.* VI, *obs.* 15, *p.* 510.
(3) *Ibid. cent.* III, *obs.* 28, *p.* 212.
(4) *Ibid. cent* III, *obs.* 23. 24, *p.* 215.
(5) *Van de Spieren.* — V. *Haller*, *Bibl. chirurg. vol.* I. *p.* 323.
(6) *De tumore sub linguâ, quem ranulam vocant. Viteberg.* 1616.

qui voulait qu'on se contentât d'exciser une partie de la tumeur, et d'en vider le contenu, trouva une fois la matière qu'elle renfermait tellement dure, qu'on fut obligé de la détruire avec le cautère actuel (1). Isbrand Diemerbroek voulait que, quand une grande incision longitudinale n'empêche pas la tumeur de se reproduire, on la fendît en croix pour l'extirper ensuite toute entière (2). Martin Six n'ouvrait jamais la grenouillette tant qu'elle était rouge et enflammée : il attendait qu'elle fut arrivée à maturité, la perçait alors d'outre en outre, faisait sortir le fluide albumineux contenu dans son intérieur, et procurait ainsi une guérison durable (3).

Jean Vigier continuait encore de brûler la luette avec l'acide nitrique, pour remédier à sa longueur excessive (4). T. Bartholin nous apprend que les paysans de la Norwège, qui sont fort sujets à cette incommodité, ont pour usage de couper l'appendice dès qu'il les gène, et d'arrêter l'hémorrhagie avec de la pâte de farine. Un de ces paysans, nommé Canut Thorbern, imagina, pour faire l'opération, un instrument composé d'une plaque de fer percée d'un trou, avec une languette poussée par un ressort : le bord antérieur du trou de la plaque est tranchant, et c'est contre lui que la languette appuie la luette, qui se trouve de cette manière coupée (5). J. L. Hannemann parle aussi avec éloge de cet instrument, en rapportant l'histoire d'un enfant qui avait un bec de lièvre et deux luettes : il conseille en pareil cas de couper l'une des luettes avec l'instrument de Thorbern, ou d'en faire la ligature, et, quant au palais, de remplir le

(1) *Obs. med. lib.* I, *cap.* 52, *p.* 96.
(2) *Med. morb. capit. hist.* 24. (*Opp. p.* 40.)
(3) *Bartholin. hist. anat. rar. cent.* I, *hist.* 83, *p.* 142.
(4) *Chirurgia magna, lib.* I, *cap.* 37. (*Opp. p.* 90.)
(5) *Loc. cit. cent.* II, *hist.* 88, *p.* 327.

vide avec un obturateur, si les bords de la division ne veulent pas finir par se rapprocher (1).

Jean Scultet ne loue pas moins cet instrument (2), malgré qu'il se servît avec succès du porte-ligature de Fabrice de Hilden. Après l'excision de la luette, il arrêtait l'hémorrhagie avec un cautère actuel articulé et caché dans une canule (3). Presque toujours il employait une pince courbée en demi-cercle, ou la canule trouée de Fabrice de Hilden, pour retirer les corps étrangers de l'œsophage (4). Il avertit aussi de ne point déchirer le filet de la langue, disant avoir vu mourir de faim un enfant qui ne put plus téter après cette opération, qu'il conseille de pratiquer avec une petite tige fendue en avant, qui à la fois soulève la langue et fend le frein (5).

Pierre de Marchettis décrit le cas d'une grenouillette tellement volumineuse qu'elle comprimait les carotides ainsi que la trachée-artère, et qu'elle empêchait le malade d'avaler et de respirer : il l'incisa et la vida plusieurs fois inutilement; comme elle se remplissait toujours de nouveau, il prit enfin le parti de faire une incision au col, de passer par la plaie de longues mèches jusques dans la bouche, et de couper les vaisseaux nourriciers de la tumeur : cependant la guérison n'eut lieu que quand le kyste eut été consumé par le fer rouge. Ayant à traiter une autre grenouillette, que sa dureté ne permettait pas d'exciser, il la détruisit peu à peu avec le cautère actuel et le bistouri. Un homme qui avait reçu un coup de feu, fut at-

(1) *Act. Hafn. ann.* 1674. 75, *vol.* III, *obs.* 13, *p.* 23.
(2) *Armam. chir. P.* I, *p.* 14, *tab.* IX, *fig.* 1. 2.
(3) *Ibid. p.* 16, *tab.* IX, *fig.* 3. 4. 5, *tab.* XXIII, *fig.* 5.
(4) *Ibid. p.* 17, *tab.* X, *fig.* 1. 2, *tab.* XXXIII, *fig.* 7, *p.* 19, *tab.* IX, *fig.* 6.
(5) *Ibid. tab.* XXXII, *fig.* 9, *tab.* XI, *fig.* 7, *Pars* II, *p.* 50.

teint, après la cicatrisation de la plaie, d'un ankyloglosse, que Pierre de Marchettis guérit, au moyen d'un grand nombre de petites incisions, qui exigèrent quinze jours (1).

Henri de Roonhuysen eut le malheur d'ouvrir une artère en coupant le frein de la langue, et c'est avec beaucoup de peine qu'il parvint à arrêter le sang par l'application du sulfate de cuivre : aussi conseille-t-il d'agir avec beaucoup de prudence lorsqu'on fait cette opération, et sur-tout de ne jamais la pratiquer le soir (2). Il rapporte en outre que son maître retira deux pierres d'une tumeur située sous la langue, à laquelle on n'avait pas voulu toucher parce qu'on la croyait cancéreuse (3).

Job de Meekren a vu un homme être suffoqué par un palais artificiel en liége, mal assujetti, qui lui tomba dans le fond de la gorge (4). Il rejette les remèdes violens et caustiques pour guérir la chute de la luette, mais il paraît néanmoins compter beaucoup sur l'efficacité des légers styptiques. Une fois il fut obligé d'exciser la luette, qui s'était alongée au point d'atteindre jusqu'aux lèvres, opération pour laquelle des ciseaux à longues feuilles lui semblent préférables à tous les autres instrumens, même à celui de Thorbern. On arrête aisément l'hémorrhagie avec une cuiller chauffée au feu sans qu'elle soit rouge. L'opération n'entraîne d'ailleurs aucun danger (5). Pour extraire les corps étrangers de l'œsophage, il employait une tige d'acier flexible, montée sur un manche, et portant à son autre extrémité une petite éponge

(1) *Obs. med. chir. rar. Sylloge*, *obs.* 31. 32. 33, *p.* 73.
(2) *Hist. helkur. Anm. Th.* I, *Anm.* 11, *p.* 43.
(3) *Ibid. Anm.* 27, *p.* 125.
(4) *Obs. med. chirurg. cap.* 22, *p.* 105.
(5) *Ibid. obs.* 29, *p.* 125.

trempée dans l'huile d'olive (1). Lazare Rivière conseilla, dans la même vue, un fil de fer courbé en manière de crochet, avec lequel il vit un chirurgien opérer fort heureusement, dans un cas qui présentait de grandes difficultés (2).

Théodore Kerkring assure qu'on se trouve quelquefois bien de recourir à l'aimant lorsqu'une épingle, ou un autre corps semblable s'est arrêté dans l'œsophage (3); mais ce moyen n'inspira vraisemblablement pas beaucoup de confiance, puisque, fort peu de temps après, Corneille de Soolingen recommanda encore une baguette d'ivoire garnie d'une éponge. Quand le frein de la langue était trop long, ce même praticien le détruisait, en soulevant l'organe avec une fourchette de bois émoussée, et coupant la membrane avec de longs ciseaux et une pince à polype, lorsque les styptiques appliqués à l'aide d'un petit pinceau porté au bout d'un long manche, demeuraient sans effet (4). G. Frank de Frankenau s'éleva aussi contre la coutume de déchirer le frein avec l'ongle (5).

A l'époque qui nous occupe, les esprits étaient très-partagés, du moins en Allemagne, sur le compte de ces opérations. Ehrenfried Hagedorn les pratiquait avec un plein succès (6); Sébastien Scheffer enleva fort heureusement une tumeur sarcomateuse située près de la luette, avec un bistouri courbe et boutonné (7); N. G. Beckers assure même n'avoir pas observé d'altération dans la voix d'un

(1) *Ibid. obs. posthumae*, *c.* 13, *p.* 383.

(2) Observations de médecine. Lyon, 1694, (2.e édition), cent. III, obs. 71, p. 472.

(3) *Spicilegium anatom. Amstelod.* 1670.

(4) *Handgr. der Wundarzney*, *Th.* I, *kap.* 45. 48, *p.* 136.

(5) *De incisione frenuli linguæ. Heidelberg.* 1682.

(6) *Obs. et hist. med. pract. Francof.* 1698.

(7) *Ephem. nat. Cur. dec.* II, *ann.* 1. (1682), *obs.* 15, *p.* 35.

individu qui avait perdu la luette toute entière et une amygdale (1). Mais, d'un autre côté, Sal. Braun prétendit que la perte de la luette entraîne toujours celle de la faculté de parler (2); G. W. Wedel prouva que les alimens remontent alors dans le nez, et que la voix devient nasillarde (3); enfin Pierre Romeil n'attribua pas une fièvre hectique qui se termina par la mort, à d'autre cause qu'à la perte de la luette que le malade avait éprouvée auparavant (4). Hannemann indique une espèce de traitement magnétique contre le relâchement de la luette : sa femme avait en effet coutume de frotter les bras du malade avec les doigts, ce qui faisait naître des pustules et disparaître bientôt la maladie (5).

On recueillit en même temps plusieurs observations relatives à des calculs renfermés dans des grenouillettes. Simon Schultz (6), Emmanuel Kœnig (7) et Veit Riedlin (8) rapportent des faits de cette nature. Jean Dolæus vit plus d'une livre de liquide s'écouler d'une vaste tumeur enkystée qui avait pris naissance sous la langue; mais le kyste ne tardait pas à se remplir aussitôt après qu'on l'avait vidé, et il fallut l'extirper pour obtenir la guérison du malade (9).

Jean Chr. Winkler s'éleva contre l'abus qu'on faisait de la saignée des veines ranines (10), et

(1) *Ibid. dec.* I, *ann.* 3. 4, *obs.* 66, *p.* 52.
(2) *Ibid. obs.* 16, *p.* 18.
(3) *Ibid. dec.* II, *ann.* 5. (1686), *obs.* 5, *p.* 12.
(4) *Ibid. ann.* 7, *obs.* 214, *p.* 400.
(5) *Ibid. ann.* 2. (1683), *obs.* 56, *p.* 93; *ann.* 3, *obs.* 50, *p.* 139; *ann.* 5, *obs.* 107, *p.* 256.
(6) *Ibid. dec.* I, *ann.* 3. (1672), *obs.* 1, *p.* 1.
(7) *Ibid. dec.* II, *ann.* 10, *obs.* 116, *p.* 210.
(8) *Ibid. dec.* III, *ann.* 5. 6, *obs.* 242, *p.* 573.
(9) *Ibid. ann.* 2, *obs.* 77, p. 91.
(10) *Ibid. dec.* I, *ann.* 6. 7, *obs.* 91, *p.* 128.

M. Gerbez vit cette opération produire une hémorrhagie qui se termina enfin par la mort (1).

M. G. Purmann blâme ouvertement l'usage de cautériser la grenouillette. Il veut qu'on se contente d'inciser la tumeur, et qu'après en avoir fait sortir le contenu, on dessèche le kyste, ou détermine l'adhérence de ses parois, à l'aide des styptiques. Mais, contre l'opinion formelle de Fabrice de Hilden, il conseille de combattre la chute de la luette par l'application des substances âcres, comme le gingembre et autres semblables : on doit cependant faire la ligature de cet appendice ou l'exciser avec l'instrument tranchant, lorsqu'il est déjà altéré dans sa texture (2).

Antoine Nuck soufflait aussi du poivre ou de l'alun calciné, avec l'instrument de Fabrice de Hilden, sur la luette, afin de remédier à la chute de cette partie : il employait également l'eau forte, et ne négligeait pas non plus l'ancien usage de tirer fortement la peau du sommet de la tête. Quant à l'excision de la luette, il la pratiquait avec les instrumens de Fabrice de Hilden et de Thorbern (3). La section du frein de la langue ne lui paraissait nécessaire que quand cette membrane est assez longue pour empêcher l'organe de s'avancer au-delà des dents, et il recommande sur-tout de ne jamais la faire avec l'ongle, méthode qui peut entraîner de graves inconvéniens (4). Jean Hellwig rendit l'usage de la parole à un malade, en lui détachant la langue avec toutes les précautions convenables (5).

Stalpart van der Wyl confirma l'observation, déjà faite souvent avant lui, que l'incision de la

(1) *Ibid. dec.* III, *ann.* 3; *obs.* 12, *p.* 14.
(2) *Chr. Lorbeerkranz, Th.* I, *kap.* 41, *p.* 284, *kap.* 47, *p.* 318.
(3) *Obs. et exp. chirurg. exp.* 21, *p.* 69.
(4) *Ibid. cap.* 23, *p.* 79.
(5) *Obs. med. physicæ.* (*ed. Schroeck. Aug. Vind.* 1680.)

grenouillette et l'évacuation des matières qu'elle renferme, ne contribuent en rien à la guérison : ce fut en vain qu'il ouvrit trois fois de suite une tumeur de cette espèce ; il ne parvint à empêcher le kyste de se remplir, qu'en faisant usage de substances styptiques et dessicatives (1).

Pierre Dionis coupait le frein de la langue avec des ciseaux, après avoir soulevé l'organe avec la fourchette émoussée de Scultet et de Soolingen : ensuite il passait à plusieurs reprises le doigt dans la plaie, pour détruire les adhérences qui pouvaient encore exister. Il conseille de prendre surtout garde à l'hémorrhagie après cette opération, parce qu'elle ne devient que trop aisément funeste. Quand la grenouillette est située de manière à ne pas permettre qu'on l'extirpe en entier, on l'ouvre, et on détruit le kyste avec un mélange de miel rosat et d'acide sulfurique. Dionis ne se servait que de ciseaux à longues branches pour couper la luette : ces ciseaux, dit-il, suffisent toujours, et rendent inutiles l'instrument de Thorbern ainsi que tous ceux qui ont été imaginés dans la même vue, et qui ont le défaut d'exposer l'opérateur à enlever une portion trop considérable de la luette, d'où résultent ordinairement des accès de toux et d'asthme. La ligature est impraticable, parce que les fils irriteraient sans cesse le palais et le larynx. On ne saurait non plus porter le fer rouge à une aussi grande profondeur dans la bouche. Lorsqu'il s'est formé un abcès dans les amygdales, on l'ouvre avec un bistouri dont la lame est garnie de linge jusqu'à la pointe. L'extirpation des tonsilles est une opération très-dangereuse, et qu'on ne doit par conséquent jamais pratiquer. Pour débarrasser l'œso-

(1) *Obs. rarior. cent.* I, *obs.* 20, *p.* 87.

phage des corps étrangers qui pouvaient s'y être arrêtés, Dionis avait recours d'abord à ses doigts, ensuite à de grosses bouchées d'alimens qu'il faisait avaler au malade, au *speculum oris*, à de longues pinces, droites ou courbes, à des éponges attachées au bout d'un fil, et enfin à un poireau huilé (1).

Une éponge au bout d'un fil peut être quelquefois utile, selon Verduc, par les vomissemens qu'elle excite. Ce praticien vit un charlatan faire une petite incision sur une épingle engagée depuis neuf ans dans les parties molles, derrière les amygdales, introduire une pierre d'aimant dans la plaie, et, au bout de neuf jours, retirer à la fois l'aimant et l'épingle (2). Verduc est aussi le premier écrivain qui fasse mention de l'œsophagotomie, qu'il représente comme une opération a la vérite fort dangereuse, mais à laquelle on doit cependant recourir dans un cas désespéré, et sur le compte de laquelle il ne s'explique d'ailleurs pas avec plus de précision (3).

Ayant à opérer, dans l'arrière-gorge, une tumeur très-volumineuse, dont ils n'indiquent point la nature, F. Ruysch, Alard Cypriaan et P. Adriani, commencèrent par arracher plusieurs molaires qui les gênaient, placèrent ensuite un morceau de bois entre les mâchoires, et, la main armée d'un bistouri courbe et pointu, extirpèrent la tumeur : après quoi, ayant écarté les joues, et les ayant couvertes de compresses trempees dans l'eau, ils appliquèrent, l'un après l'autre, deux fers ardens sur la plaie. Une nouvelle excroissance reparut au bout d'un certain temps : on la combattit par les mêmes moyens, et le malade se trouva rétabli. Un autre

(1) Cours d'opérations de chirurgie. Démonstr. 7, fig. 41, p. 524.
(2) *Chirurg Schriften, Th. I, kap.* 25, *p.* 86.
(3) *Ibid. Patholog. chir. Pars II, cap.* 27.

individu, chez lequel on n'avait pas eu recours à la cautérisation, mourut des suites de la récidive (1).

De la Vauguyon s'exprime absolument comme Dionis au sujet de la section du frein de la langue et de l'excision de la luette (2). Mais André Myrrhen prouva que la luette peut quelquefois être détruite toute entière sans qu'il en résulte le moindre inconvénient, en rapportant un cas où le voile du palais s'alongea pour réparer la perte de cet appendice, de sorte que la respiration ne se trouva nullement dérangée, ni la voix altérée (3).

Les affections décrites dans les livres dont il a été question jusqu'ici, que divers chirurgiens modernes ont considérées comme des exemples de fistules salivaires, étaient, pour la plupart, si l'on excepte toutefois le cas rapporté par Paré, des plaies ou des ulcérations de la parotide qui avaient été regardées et traitées comme d'autres fistules difficiles à guérir. La découverte du conduit excréteur de la glande par Th. Warthon (4), G. Needham (5) et Nicolas Sténon (6), dut nécessairement ne pas tarder à perfectionner les connaissances incomplètes et vagues qu'on avait sur les fistules de ces parties.

Barthélemy Saviard est le premier qui décrive une fistule salivaire, en lui donnant ce nom et indiquant le procédé opératoire nécessaire pour la faire disparaître. Il vit un chirurgien, nommé De Roy, percer, de dehors en dedans, la joue avec

(1) *Ruysch. obs. anat. chirug. obs.* 48. 49, *p.* 62.
(2) Traité complet, etc., ch. 36, p. 577, ch. 41, p. 605.
(3) *Eph. nat. cur. dec. III, ann.* 9. 10. [1700. 1706.] *obs.* 212, *p* 384.
(4) *Adenographia* [*Londin.* 1656.] *cap.* 21, *p.* 118.
(5) *De formato fœtu* [*Londin.* 1667.] *cap.* 4, *p.* 97.
(6) *De glandulis oris* : dans *Manget. Bibl. anat. vol. II, p.* 748.

un fil de fer pointu et rougi au feu, dans l'endroit même de la fistule; la plaie extérieure se cicatrisa pendant que l'interne devenait calleuse (1).

Ce qui prouve néanmoins combien peu ces connaissances étaient généralement répandues, c'est l'histoire, rapportée par Camérarius, d'une fistule parotidienne, survenue à la suite d'un coup de de sabre, et dont tous les praticiens appelés avant lui avaient considéré l'écoulement comme formé par la synovie. Camérarius fomenta la joue, à l'extérieur, avec de forte eau-de-vie, et y appliqua ensuite un emplâtre de minium: le malade guérit à la vérité, mais la plaie ne tarda pas à se rouvrir. Un chirurgien qui pensait que son obstination à ne point se cicatriser venait de ce qu'elle était constamment irritée par les poils de la barbe, prétendit en avoir arraché un grand nombre dans l'intérieur même de la plaie: il excisa les callosités, ou les détruisit par l'application du précipité rouge; la plaie présenta ensuite un plus bel aspect, mais il n'en resta pas moins toujours une petite fistule. C'est pourquoi on fit une nouvelle incision jusqu'au fond de celle-ci, on arracha encore des poils, dit Camérarius, et après beaucoup de temps et de peine on obtint enfin une cicatrice durable et une parfaite guérison (2).

Il n'est cependant fait aucune mention des fistules salivaires dans la plupart des ouvrages de chirurgie qui parurent à cette époque. Laurent Heister lui-même ne semble pas les avoir connues, malgré qu'il ait tracé de main de maître l'histoire des maladies de la parotide et des autres glandes salivaires. Ce praticien assure aussi qu'il n'est indis-

(1) Nouv. Recueil d'obs. chirurg. Paris, 1702, obs. 121, p. 531.
(2) *Eph. nat. Cur. cent. IX. obs.* 88, *p.* 197 [1722.]

pensable de pratiquer la section du frein de la langue que quand l'enfant ne peut pas avancer celle-ci au-delà des dents. Il la faisait avec des ciseaux ou avec un bistouri, après avoir soulevé la langue, soit avec la fourchette émoussée, soit avec deux doigts couverts d'un morceau de linge. Le mieux est d'extirper entièrement la grenouillette, comme toutes les autres tumeurs enkystées; mais quand cette opération est impraticable, chez les enfans, par exemple, on se contente d'ouvrir la tumeur, et l'on cherche ensuite à détruire le kyste par l'emploi des styptiques. Si elle se trouve précisément au-dessous du milieu de la langue, dans l'endroit où s'ouvre le conduit de Wharton, alors il n'est pas prudent d'y plonger l'instrument tranchant, et l'on doit attendre qu'elle s'ouvre d'elle-même (1). Lorsque l'alongement de la luette refuse de céder aux discussifs, on détruit une portion de l'appendice, soit avec le porte-ligature de Fabrice de Hilden, soit avec de longs ciseaux, ou l'instrument de Thorbern, que Rau venait de perfectionner en supprimant le ressort, et rendant tranchant le bord antérieur de la languette, qui glisse sur le trou de la plaque (2). Heister regardait comme un moyen très-efficace contre l'angine tonsillaire les scarifications des amygdales, dont on faisait de son temps un grand usage en Angleterre; mais il ne faut pas qu'on extirpe ces glandes, lorsqu'elles sont frappées d'induration, à moins qu'elles ne tiennent à un pédicule très-étroit : il conseille d'en faire la ligature, ou de les détruire par l'application de substances caustiques, qu'on porte sur elles au moyen d'un pinceau (3). Les instrumens

(1) *Chirurgia*, *Th.* 14, *kap.* 27. 80, *p.* 538.
(2) *Ibid. kap.* 84, *p.* 545, *tab. XIV*, *fig.* 8.
(3) *Ibid. kap.* 85. 87, *p.* 547.

ordinaires sont ceux qu'il emploie pour retirer les corps étrangers de l'œsophage : cependant il parle aussi de la brosse de Wedel et de Teichmeyer, mais sans en rien dire d'avantageux (1). Déjà auparavant il avait fait connaître un pharyngotome caché pour ouvrir les abcès dans le fond de l'arrière-gorge (2).

G. Mauquest de la Motte n'incisait la luette et les amygdales, dans les esquinancies violentes, que quand le pus s'y était formé; mais il vit survenir une fois la gangrène, dont il borna les progrès avec l'huile de vitriol et le vinaigre rosat (3). Il ne se servait que du doigt pour extraire ou enfoncer les corps étrangers arrêtés dans l'œsophage, ou bien il employait un poireau, comme Dionis. Il reconnut aussi qu'un grand coup de poing dans le dos suffit quelquefois pour dissiper les accidens produits par la présence de ces corps (4).

P. Fauchard proposa un obturateur du palais très-compliqué, qui, au lieu d'être maintenu en place par une éponge, comme tous ceux dont on s'était servi jusqu'alors, l'était par un ressort (5).

Henri Bass, qui croyait à l'efficacité des tiraillemens exercés sur les cheveux du vertex, la faisait dépendre de la frayeur causée par cette manœuvre. Du reste, il recommanda, pour exciser la luette, une spatule fenêtrée garnie d'une languette tranchante. Cet instrument ressemble à celui de Thorbhern, perfectionné par Rau (6).

Il paraît qu'à cette époque on connaissait déjà un

(1) *Ibid. kap.* 89, *p.* 551.
(2) *Eph. nat. Curios. cent. IV, obs.* 191.
(3) Traité complet de chirurgie, vol. I, ch. 5, obs. 27, p. 173.
(4) *Ibid. vol. III, obs.* 41, *p.* 216.
(5) *Franz. Zahnarzt, Th. II, kap.* 20, *p.* 257, *tab. XXXVIII, fig.* 1. 16.
(6) *Erlaeuter ter Nuck, p.* 141.

peu mieux les fistules salivaires en Angleterre. G. Chéselden dit expressément qu'il en survient une, quand le canal de Sténon est ouvert, et qu'il faut alors percer la joue de dehors en dedans, puis employer tous les moyens possibles pour guérir la plaie extérieure (1). Thomas Becket vit cette maladie dépendre de l'érosion du canal par un ulcère, et il n'employa que des astringens pour la guérir (2).

Chéselden regardait la ligature comme le meilleur moyen pour extirper les amygdales atteintes d'induration (3). La méthode qu'il propose pour mettre les fils en place est aussi celle que C. N. Le Cat vante presque exclusivement (4).

H. F. Le Dran coupait la luette avec de longs ciseaux, après l'avoir saisie entre les mors d'une pince, qui lui servait dans le même temps à abaisser la langue. Il employait des ciseaux simples et mousses, pour faire la section du frein de la langue (5).

A cette époque, Hévin donna un Mémoire fort étendu sur l'extraction des corps étrangers arrêtés dans l'œsophage. D'abord il essaya d'établir une sorte de classification parmi ces corps. La première classe renferme ceux qu'on peut et qu'on doit enfoncer dans l'estomac, parce qu'ils sont incapables de nuire à l'économie : le meilleur instrument pour remplir cette indication est celui qu'a inventé J. L. Petit, et qui consiste en un tube de fil de fer roulé en spirale, renfermant une verge d'ivoire,

(1) *Anatomy of human body*, p. 143.
(2) *Chirurgical observations. London*, 1740.
(3) *Loc. cit.*
(4) Journal de médecine, vol. X. — Levret, Obs. sur la cure radicale de plusieurs polypes. Paris, 1771, p. 337.
(5) Traité des opérations de chirurgie, p. 342.

garnie d'une éponge à l'une de ses extrémités. L'éponge attachée à un fil, et la déglutition de grosses bouchées d'alimens, sont peu utiles : elles ne font même qu'accroître l'obstruction, lorsque le corps étranger tient fortement. Un poireau est trop flexible, et cède trop aisément. Quant aux corps aigus ou tranchans, comme les épingles ou les fragmens de verre, il faut les extraire, et ne jamais les faire tomber dans l'estomac. Mesnier se servait pour cela d'une balle de plomb attachée au bout d'un fort fil de fer, et Perrotin, d'un fil de fer recourbé en manière de crochet. Un anneau en fil de fer, l'instrument de Petit, composé de plusieurs anneaux enchaînés, et même une baguette en baleine portant un anse de fil à son extrémité, rendent quelquefois aussi de bons services en pareil cas. Si l'on veut employer l'éponge attachée à un fil, il faut la faire avaler sèche et non huilée, puis la retirer lorsqu'elle s'est gonflée au-delà du corps étranger par l'absorption des fluides du corps. Brouillard se servait d'une éponge garnie de deux fils, dont l'un était renfermé dans une canule, et l'autre libre. Hévin conseille, pour faciliter la déglutition d'une éponge aussi volumineuse que possible, de la couvrir d'une étoffe très-mince, qu'on puisse faire remonter au moyen de quelques fils, lorsque l'éponge a atteint l'endroit où sa présence est nécesaire. Mais à quelque instrument qu'on ait recours, il faut avoir soin de ne point l'enfoncer dans la trachée-artère, et, quand tous sont inutiles, aussi bien que les vomitifs et les coups dans le dos, on doit plutôt enfoncer les corps pointus ou tranchans dans l'estomac, que les laisser en place dans l'œsophage. La guérison de plusieurs plaies de l'œsophage, et le témoignage de Verduc, qui assure avoir vu le succès couronner l'œsophagotomie,

portent à croire qu'on pourrait recourir à cette opération dans un cas désespéré; mais Hévin n'indique pas la manière dont il faudrait s'y prendre pour la mettre à exécution (1).

Il paraît que le premier exemple bien avéré d'œsophagotomie est l'opération pratiquée avec succès, en 1730, par les deux chirurgiens Goursaud et Roland (2). Mais tous deux se bornèrent aussi à dire qu'ils l'avaient faite, et Charles Guattani fut le premier qui en décrivit le manuel. C'est avec raison, dit-il, qu'Hévin a conseillé l'œsophagotomie, d'après Verduc. Cette opération se trouvait indiquée dans un cas qui s'offrit à lui, celui d'une personne dans l'œsophage de laquelle une chataigne s'était arrêtée. Pour l'exécuter, on fait asseoir le malade, et on lui renverse le plus qu'il est possible la tête en arrière : avec le secours d'un aide, on fait à la peau du cou un pli transversal, qu'on incise au côté gauche de la trachée-artère, depuis la partie supérieure de cette dernière jusqu'au sternum ; alors on dissèque la graisse et le tissu cellulaire répandus entre les muscles sterno-hyoïdien et sterno-thyroidien du côté gauche et la trachée, on écarte les lèvres de la plaie avec des crochets mousses, et on déchire le tissu cellulaire avec les doigts. L'œsophage étant mis à nu de cette manière, on l'incise longitudinalement avec un bistouri droit, et on agrandit l'incision avec des ciseaux mousses, ou avec le même bistouri conduit sur une sonde cannelée : enfin l'on extrait le corps étranger avec des pinces à polype. Il n'y a d'autre précaution à prendre, pour faire cicatriser la plaie, que de maintenir les parties en contact, et de prescrire le

(1) Mémoires de l'Académie de chirurgie, vol. I, p. 464.
(2) *Ibid.* Hist. de l'Académie, vol. III, p. 14.

repos. Les expériences sur les animaux démontrent en effet que les plaies de l'œsophage guérissent facilement et sans adhésion; mais il faut être très-circonspect, afin de ne point blesser les nerfs ou les vaisseaux, et en particulier le tronc du nerf récurrent (1).

Samuel Sharp adopta la méthode de Chéselden pour la ligature des amygdales, et rejeta l'extirpation à cause de l'hémorrhagie dangereuse et inévitable qu'elle entraîne (2). Plus tard, il essaya encore de démontrer les grands avantages de la ligature, qui, suivant lui, est toujours exempte de danger, procure une guérison radicale, et détruit la tendance à l'inflammation qui existe dans les parties (3). Cependant il s'est trompé en pensant que les Anglais seuls avaient recours à cette méthode; car André Levret la préconisa précisément à la même époque que lui. Il est vrai que le praticien français insista de préférence sur l'utilité dont elle est dans les affections de la luette. L'instrument de Castellanus lui paraissait peu propre à porter une ligature dans le fond de la bouche, parce qu'il ne peut servir qu'à faire un nœud simple, qui n'a point de solidité. Celui de Chéselden est fort bien imaginé, mais Levret préfère encore l'instrument de son invention pour lier les polypes. Quand la luette est gonflée et enflammée, il ne faut pas la couper, dans la crainte d'une hémorrhagie, mais en faire la ligature avec le porte-anse à double nœud (4). Lorsqu'au contraire, elle est pâle et œdémateuse, si elle ne guérit pas par l'usage des

(1) *Ibid* vol. III, p. 351.
(2) *Treatise on the op. of surgery*, *ch.* 32, *p.* 190.
(3) *A critical inquiry, etc.*, *ch.* 6, *sect.* 7, *p.* 244.
(4) *Levret*, *loc. cit. Taf.* III, *fig.* 7.

astringens, on en fait l'excision. Levret n'approuve ni les ciseaux, ni le bistouri ordinaire pour cette opération, parce que la luette leur échappe trop aisément. C'est pourquoi il se sert de ciseaux dont les tranchans convexes se croisent à la pointe. Pendant qu'il opère la section, il tient l'extrémité de la luette avec une pince à polype (1).

C'est aussi à la ligature que l'auteur d'un Manuel de chirurgie dédié à Du Verget, accorde la préférence dans le squirrhe des amygdales (2).

Georges Heuermann n'était pas moins partisan de la ligature dans cette affection ; mais il préférait l'instrument de Levret à celui de Chéselden pour l'exécuter. Il se borne de même à copier Levret pour tout ce qui concerne l'excision et la ligature de la luette (3). Lorsqu'il s'agissait d'extraire un corps étranger de l'œsophage, il agissait de la même manière que Hévin; cependant il se servit avec avantage, chez un individu qui avait avalé une arête, d'une plume de cigne trempée dans l'huile, qu'il enfonça plusieurs fois de suite dans la gorge (4).

A. Monro guérit une fistule salivaire en perçant obliquement la joue d'arrière en avant avec une alène de cordonnier, et passant un fil de soie dans la plaie (5). J. Z. Platner adopta ce procédé, et le recommanda de la manière la plus instante. Lorsque le séjour du fil et les lotions fréquentes de la bouche avec de l'eau-de-vie ont rendu l'ouverture intérieure

(1) *Ibid. sect.* 5, *art.* 3, *p.* 305.
(2) *Anfangsgruende der Wundarzneykunst.* — *Haller Bibl. chir, vol.* II, *p.* 407.
(3) *Abhandlung, etc., Th.* III, *kap.* 45, *p.* 74.
(4) *Ibid. Th.* II, *kap.* 25, *p.* 380.
(5) *Medical essays and observations* [*Edinburgh,* 1756], *obs.* 13, *p.* 249.

calleuse, on retire le fil, et l'on cherche à faire cicatriser la plaie extérieure en la cautérisant avec la pierre infernale, et exerçant une pression constante sur elle. Platner cite même un cas dans lequel il suffit de la compression pour guérir une plaie récente du canal de Sténon (1). Heuermann blâme cependant jusqu'aux tentatives faites avec cette méthode, qui produiraient, suivant lui, le gonflement, l'induration et même le cancer de la parotide. Il se contente de dire en général que, dans les plaies et dans les fistules du canal de Sténon, on doit chercher à rendre l'ouverture interne calleuse et permanente, mais en même-temps tout faire pour déterminer la cicatrisation de la plaie extérieure au moyen des caustiques (2).

Divers praticiens observèrent cette maladie avec soin, et leurs recherches conduisirent à la découverte de plusieurs procédés opératoires pour la guérir.

Duphénix excisait entièrement la cicatrice extérieure, perçait ensuite la joue avec un bistouri étroit, qu'il faisait tourner plusieurs fois sur son axe. Ayant ainsi produit une ouverture, il y passait le long d'un stylet une petite canule, qu'il enfonçait jusqu'à la profondeur convenable en la tirant avec un fil qu'il y avait attaché : enfin il réunissait la plaie extérieure par plusieurs points de suture. Cette plaie ne tardait pas à se cicatriser, la canule tombait dans la bouche au bout d'une quinzaine de jours, et le canal artificiel ne se refermait point (3).

J. L. Petit perçait la joue de manière que l'ouverture intérieure fût beaucoup plus grande que

(1) *Platner, Instit. chirurg. rat.* §. 549, *p.* 380.
(2) *Heuermann, loc. cit. Th. II*, *kap.* 27, §. 532, *p.* 400.
(3) Mémoires de l'Acad. de chirurg. vol. III, p. 431.

l'extérieure, et il entretenait la première béante, en y plaçant un morceau d'éponge fine, jusqu'à ce que l'autre fût refermée. Mais Morand fit voir que l'ouverture artificielle produite par la perforation de la joue n'était jamais placée dans le même endroit que l'orifice naturel, de sorte qu'une portion du canal de Sténon devait se trouver oblitérée. C'est pourquoi il introduisait un fil très-délié dans la fistule, le conduisait à travers la portion antérieure de ce canal, et le faisait ressortir par son orifice buccal : la plaie fistuleuse étant guérie par l'application des caustiques, et, le fil retiré, le canal remplissait ses fonctions tout aussi bien qu'auparavant (1). Cependant Morand prouva dans le même temps que les plaies du conduit parotidien ne deviennent pas toujours fistuleuses (2).

Maisonneuve comprimait le canal au-devant de l'ouverture fistuleuse. Mais Louis lui opposa l'objection qu'avait déjà faite Heuermann, celle que la parotide ne peut alors manquer de se tuméfier : il convint néanmoins que les fistules parotidiennes cèdent fort bien à la compression. Dans celles qui dépendent d'une lésion du canal, il préférait la méthode de Morand, celle d'entretenir la perméabilité de la voie naturelle en y passant un fil qui fait office de séton. On ne doit percer la joue que dans le cas où le canal est effacé, procédé toujours peu méthodique et quelquefois dangereux, comme le prouve une opération dont Coutavoz a publié les détails (3).

Louis demeura fidèle à ces principes, et, plus tard, il conseilla de chercher plutôt à rétablir la voie naturelle qu'à en établir une artificielle. L'ex-

(1) *Ibid.* p. 440.
(2) *Vermischte chir. Schriften.* [Leipzig. 1776], p. 369.
(3) Mémoires de l'Acad. de chirurgie, vol. III, p. 442.

périence lui apprit cependant que la présence d'un séton est fort souvent inutile, et il lui suffit même, dans un cas, de faire naître une escarre, en appliquant des caustiques, et d'établir un point de compression, pour guérir une fistule salivaire, dont l'existence datait de dix-neuf ans, et qu'on avait déjà opérée plusieurs fois inutilement : il avait été impossible de découvrir l'orifice naturel, en introduisant la sonde. Ferrand guérit aussi, de la même manière, une fistule établie depuis dix-huit mois. Louis recommande de choisir pour caustiques des substances propres à produire une escarre sèche et peu étendue, et de conserver cette dernière aussi long-temps que possible en place. Cependant il avoue qu'une pareille méthode n'est pas bonne dans tous les cas (1).

J. L. Petit, après avoir ouvert plusieurs grenouillettes, avait toujours remarqué que le sac se remplissait de nouveau, et qu'à la suite de chaque ponction il acquérait plus d'épaisseur, en même temps qu'il devenait plus douloureux. Il imagina donc, pour l'extirper, un instrument qu'on peut comparer aux pinces-crochets de Reisinger, considérablement grossies. Il trouva des calculs dans plusieurs tumeurs de cette nature (2). J. Dom. Baciocchi (3), Guillaume Freeman (4) et G. C. Handtwig (5) en rencontrèrent également.

A. Louis fut le premier qui enseigna que la grenouillette n'est ni une tumeur enkystée, ni une

(1) *Ibid.* vol. V, p. 263.

(2) Traité des Maladies chirurgicales, vol. I, ch. 4, §. 3, p. 126, tab. XVII, fig. 3.

(3) *Lettera intorno all' estrazione d'un calcolo esistente sotto la lingua. Brescia*, 1749.

(4) *Philos. Transact.* 1749, *n.°* 491.

(5) *Diss. de calculo in glandulis sublingualibus reperto. Rostoch.* 1751.

tumeur lymphatique, mais une véritable tumeur salivaire, produite par l'accumulation de la salive dans les glandes sublinguales, à raison de l'obstruction de leurs conduits excréteurs, ce qui établit une ressemblance parfaite entre elle, l'hydropisie du sac lacrymal et la distension des uretères quand l'orifice de ces canaux se trouve bouché. Il est donc entièrement inutile d'extirper le kyste, ou de le détruire et de le dessécher avec des substances caustiques, puisque ce prétendu kyste est une glande. La seule manière de guérir la maladie consiste à inciser la tumeur, et à tout faire ensuite pour que l'ouverture demeure béante, de manière qu'elle puisse servir de couloir à la salive. Le cautère actuel de Paré vaut mieux que le bistouri pour établir cette ouverture artificielle, et il cause infiniment moins de douleur. Cependant il ne faut pas le plonger en devant, dans la crainte que la salive ne jaillisse involontairement de la bouche (1). Clerc paraît n'avoir pas bien compris ces préceptes, puisqu'il conseille, à la vérité, de chercher à rétablir les ouvertures naturelles des glandes sublinguales, en y plaçant des sondes de plomb, mais assure, dans le même temps, avoir ouvert une grenouillette, et s'être ensuite attaché à détruire le kyste, en appliquant une dissolution mercurielle avec un pinceau (2).

On continuait encore de considérer la section du filet de la langue comme une opération grave et qu'on ne doit faire qu'avec la plus grande circonspection. J.-L. Petit vit un enfant qui, après l'avoir subie, contracta l'habitude de sucer toujours sa langue, finit par l'avaler, et périt suffoqué. Aussi conseille-t-il de donner beaucoup à boire aux petits malades qui viennent d'être opérés. Lors-

(1) Mémoires de l'Acad. de chirurg. vol. III, p. 460.
(2) *Ibid.* vol. V, p. 407.

que les circonstances le permettaient, il se contentait de soulever la langue avec deux doigts, puis il coupait le filet avec des ciseaux émoussés à l'extrémité (1).

André Levret s'éleva de même contre l'abus qu'on faisait de cette opération. Quelque mal qu'elle produise lorsqu'on la pratique à contre-temps ou maladroitement, on s'expose à des inconvéniens bien plus graves encore quand on la néglige dans un cas où elle est indiquée; car un enfant que la trop grande longueur du frein empêche de téter, doit nécessairement périr si on ne le lui coupe pas. Il existe en outre fort souvent, sur les côtés ou au-dessous de la langue, soit des adhérences insolites, soit des excroissances fongueuses, dont l'ablation ou la destruction est indispensable (2).

A.-L Sauré (3) traça des préceptes qui diffèrent peu de ceux de Levret, et J.-Z. Platner (4) recommanda l'emploi d'un instrument particulier que J.-L. Petit avait imaginé pour couper le frein de la langue (5).

Lapie rappela que, chez certains nouveaux-nés, sans que le filet soit trop long, la langue se trouve comme collée au palais, de manière qu'il faut se hâter de l'abaisser pour sauver les jours de l'enfant (6).

Faure guérit, par une opération hardie, un enfant qui portait sous la langue une tumeur simulant jusqu'à un certain point une seconde langue, et qui ne pouvait point téter. Dans une autre occa-

(1) *Ibid.* 1742. — Petit, Traité, etc., vol. III, ch. 14, §. 2. 3, p. 263.

(2) Essai sur l'abus des règles générales, etc. Paris, 1766. – Journal de Médecine, vol. XXXVII.

(3) *Sauré et Dubois, De sectione frenuli linguæ. Paris.* 1755.

(4) *Institut.* §. 607, p. 389.

(5) Traité, etc., pl. XDIV, fig. 1. 2. 3. 4.

(6) Hist. de l'Acad. de chirurg. Mém. vol. III, p. 14.

sion, il extirpa peu-à-peu l'espèce de langue surnuméraire. Des ciseaux boutonnés et à lames plates lui paraissaient être le meilleur instrument pour exécuter ces opérations. Mais il pensait que l'excision n'est pas toujours nécessaire, et que, chez certains sujets, on peut faire disparaître le mal par de simples scarifications (1).

Maurain vit une hémorrhagie tellement forte survenir après la section du filet, qu'il ne put l'arrêter qu'en appliquant le feu. Cependant le frein n'était point encore assez divisé, et il fut obligé de réitérer l'opération un peu plus tard. Sernin parvint à dégager une langue qui adhérait presque de toutes parts à la mâchoire inférieure (2).

Au Mémoire d'Hévin sur l'extraction des corps étrangers arrêtés dans l'œsophage, en succédèrent bientôt d'autres analogues. Th. Bordenave adopta presque tous les principes de son compatriote (3), et Pierre-Paul Tanaron en établit d'analogues (4). G. Cleghorn se servit, pour retirer une plume du conduit œsophagien, d'une espèce de filet qu'il enfonça au moyen de deux verges d'ivoire (5). Debauve proposa une sonde particulière destinée à injecter, en pareil cas, des substances médicamenteuses dans l'estomac (6). Venel voulait qu'on retirât les corps étrangers, soit avec une pince mousse en ivoire, dont les mors pouvaient s'écarter ou se rapprocher suivant qu'on sortait l'instrument de la canule dans laquelle il était logé, ou qu'on l'y faisait rentrer : soit avec un crochet, qui s'ouvrait par un

(1) *Ibid.* vol. V, p. 407.
(2) *Ibid.*
(3) *Bordenave et Destremeau, De corporibus extran. intra œsophagum hærentibus. Paris*, 1763.
(4) *Trattato di chirurgia. Firenze*, 1754, vol. II.
(5) *Medical obs. and inquiries*, 1767.
(6) Journal de médecine, vol. XXVIII. XXXI.

mécanisme particulier, et laissait sortir une anse de fil, dont il faisait la ligature après qu'elle se trouvait appliquée. Il recommanda encore divers autres instrumens analogues (1).

Quant à l'œsophagotomie, on n'osait toujours point l'entreprendre. Ambroise Bertrandi, qui ne fait d'ailleurs que copier Hévin, conseille d'y recourir dans les cas désespérés, parce qu'il l'a faite avec succès chez les animaux; mais il n'ajoute rien à ce que Guattani en avait dit (2).

J.-L. Petit proposa, pour ouvrir les abcès dans le voile du palais et les amygdales, un pharyngotome, qui ressemble un peu au cystitome de Lafaye, et qui sert en même temps à abaisser la langue (3).

La ligature, qu'on avait jusqu'alors préférée à l'excision, dans les maladies des tonsilles, commença néanmoins à trouver quelques ennemis. J. Cavallini excisa complètement, et avec succès, les amygdales devenues squirrheuses (4). Moscati observa que la ligature de ces glandes est suivie d'une violente inflammation de toute l'arrière-gorge, qui disparaît aussitôt après qu'on a pratiqué la section. Jamais il n'a vu l'excision entraîner aucun accident fâcheux : il est toujours parvenu, sans beaucoup de peine, à arrêter l'hémorrhagie avec l'acide sulfurique, et, une seule fois, il vit s'établir une toux violente, qui cessa néanmoins dès que l'opération fut terminée. La toux et le danger de la suffocation sont les suites ordinaires de la chute d'une portion des glandes sur l'épiglotte. On peut facilement y obvier en saisissant la tonsille avec une érigne, et le même motif doit déterminer aussi

(1) Nouveaux secours pour les corps arrêtés dans l'œsophage. Lausanne, 1769.

(2) *Abhandlung von den chir. Operat. Th. II, kap.* 20, p. 385.

(3) Traité, etc., vol. I, ch. 4, §. 4, p. 135, tab. XXII, fig. 5.

(4) *Collezioni istoriche di casi chir.* etc. *vol.* II, *Firenze*, 1763.

à faire promptement la section d'un seul coup de bistouri. Plus tard, néanmoins, Moscati conseilla de fendre l'amygdale avec un bistouri courbe, d'enlever chaque quart de trois en trois jours, et de brûler le fond de la plaie avec la pierre infernale (1).

Maurain objecta contre cette méthode, et avec raison, qu'elle est trop douloureuse, incommode et longue. La plupart du temps, dit-il, les scarifications avec le pharyngotome de Petit suffisent, et, quand on ne peut se dispenser d'extirper la tonsille, les ciseaux proposés par Levret, pour l'excision de la luette, sont l'instrument qu'on doit employer de préférence à tout autre.

Foubert tirait fortement une amygdale squirrheuse en dehors avec une pince à polype, en faisait la section d'un seul coup de bistouri, et pensait qu'il suffit de la contusion qu'éprouvent les vaisseaux, par l'effet du tiraillement, pour prévenir l'hémorrhagie.

Les observations de Bailheron apprirent que des concrétions pierreuses sont quelquefois la cause des tumeurs tonsillaires. Il suffit, dans ce cas, de fendre la glande et d'en retirer les calculs.

Caqué extirpa deux amygdales par portions en des temps différens. Il pense qu'on n'a généralement besoin que d'enlever la partie saillante, parce que ces organes sont rarement atteints d'un véritable cancer, et qu'après l'ablation d'une portion de leur substance, la phlogose ne tarde pas à s'éteindre pour toujours dans le restant. Quant à l'opération, il se servait, pour la pratiquer, d'une érigne ordinaire et d'un long bistouri mousse, dont la lame formait un angle de cent soixante degrés avec le

(1) Mémoires de l'Acad. de chirurgie, vol. V, p. 407.

manche. Il rejetait le *speculum oris* et les spatules, mais employait toutefois un instrument courbé en S, terminé par devant en fourchette, et avec lequel il éloignait le coin de la bouche, dans le même temps qu'il écartait les mâchoires l'une de l'autre (1).

M. F. Alix fendit longitudinalement une grenouillette volumineuse, chez un enfant, fit sortir beaucoup de matière gluante, et enleva ensuite autant qu'il put des parois du sac avec des ciseaux. L'agaric de chêne lui servit pour arrêter l'hémorrhagie. Il guérit une fistule salivaire par la compression seule (2), et Ruffin imagina une machine à ressort pour exercer cette compression d'une manière permanente et uniforme (3).

Tessart perça la joue chez un malade atteint d'une fistule du conduit de Sténon, et passa un fil dans la plaie. La salive coula bientôt dans la bouche, et il suffit de la simple application d'un emplâtre agglutinatif pour faire cicatriser la plaie extérieure (4).

Imbert observa deux fistules salivaires sur la même joue. Il guérit en peu de temps la postérieure, ou la plus voisine de la parotide, par la compression, et l'antérieure par l'application d'un caustique sur la plaie. Il pense que, chez son malade, la salive s'était frayée elle-même une nouvelle route dans la bouche (5). A cette occasion, Richter fait observer que la fistule est d'autant plus facile à guérir, qu'elle se trouve moins éloignée de la parotide (6).

O. Acrel assure qu'on ne peut guérir l'hypostaphyle, sur-tout lorsqu'elle est devenue habituelle, qu'en pratiquant la section de la luette. Il faisait

(1) *Ibid.*
(2) *Observ. chirurg. Fasc. I.*
(3) Mémoire de chirurgie, vol. V. supplém. p. 868.
(4) Journal de médecine, vol. XLII. 1774.
(5) *Ibid.* vol. XLIV. 1775.
(6) *Chir. Biblioth.* T. IV, n.os 210. 242.

ouvrir la bouche et abaisser la langue par un aide, saisissait l'appendice avec une érigne, et le coupait avec un bistouri droit : la guérison ne se faisait jamais attendre bien longtemps (1), La grenouillette est toujours due à la dilatation des conduits salivaires, et il peut survenir des tumeurs analogues dans tous les points de la bouche où il existe de ces canaux. Mais le traitement qu'Acrel conseille ne répond pas à l'idée qu'il se formait de la maladie; car il ouvrait la tumeur, et la remplissait de charpie sur laquelle il instillait de l'acide muriatique. Il se conduisait de même lorsqu'il existait une tumeur semblable à la lèvre supérieure (2).

Girard explique comment un traitement aussi peu conséquent a pu néanmoins être couronné de succès. La grenouillette, dit cet écrivain, n'est à la vérité point une tumeur enkystée; et elle résulte de la distension des conduits salivaires, de sorte qu'il ne faut songer, lorsqu'elle se présente, ni à l'extirpation ni à la destruction d'un tel kyste; mais, fort souvent aussi, il se forme, sous la langue, de véritables loupes qui obligent de recourir à ce dernier mode de traitement, et qu'on a beaucoup de peine à distinguer de la grenouillette avant l'opération (3). Les tumeurs guéries par Acrel et par divers autres praticiens se trouvaient probablement dans ce dernier cas.

Jourdain inventa un instrument pour se rendre maître, par la compression, de l'hémorrhagie, qu'il est très-ordinaire de voir survenir après la résection des amygdales squirrheuses, et qu'on a tant de peine à arrêter. La machine, assez compliquée, à laquelle cet instrument est fixé, peut, à l'aide de

(1) *Chirurgiska haendelser*, p. 133.
(2) *Ibid. p.* 124.
(3) Lupiologie. Paris, 1775.

quelques modifications, servir également à comprimer d'autres points du fond de la cavité buccale (1). Jourdain ouvrait les abcès du voile du palais avec le pharyngotome, et il appelle mal à propos l'opération pharyngotomie (2); car ce nom pourrait donner lieu à quelques erreurs, puisqu'il a été également donné par quelques autres écrivains à l'œsophagotomie. L'auteur rapporte l'histoire d'une femme qui après avoir été blessée à la luette, et mal traitée, vit survenir à cet appendice une excroissance fongueuse qu'il fut obligé de lier parce que la personne ne voulut consentir ni à l'extirpation, ni à l'adustion : comme la mobilité de la luette rendait l'application de la ligature assez difficile, Jourdain commença par fixer la partie au moyen d'une sonde courbe introduite par le nez, et entourée de charpie en devant : il cacha les extrémités de la ligature, de chaque côté, entre les dents, et chaque jour il la serra davantage, ce qui ne tarda pas à déterminer la chute du fungus, laquelle fut suivie d'une guérison radicale (3). Malgré tous les éloges que Jourdain prodigue à cette méthode, cependant il assure avoir souvent pratiqué l'excision de la luette, avec le résultat le plus heureux, dans l'hypostaphyle (4).

Il faut, prescrit ce praticien, faire tout son possible pour réunir les plaies récentes des glandes et des conduits salivaires, en les couvrant d'emplâtres agglutinatifs et absorbans. Le cautère actuel peut être avantageux dans les fistules salivaires situées au voisinage de la glande, car comme il

(1) *Abhandhung ueber die chir. Krankh. des Mundes*. Th. I, p. 53, taf. II, fig. 1. 2. 3.
(2) *Ibid.* p. 550.
(3) *Ibid.* p. 562.
(4) *Ibid.* p. 574.

existe en cet endroit plusieurs conduits qui ne se réunissent que plus loin pour donner naissance à celui de Sténon, la destruction totale de l'un ou de quelques-uns d'entre eux ne peut pas avoir de suites fâcheuses. Il est même bon de recourir aux caustiques dans les fistules du canal de Sténon, ou de rafraîchir les bords de la plaie par de petites incisions, et d'exercer un point de compression. Jourdain vante beacoup l'instrument de Ruffin pour remplir cette dernière indication (1). Lui-même est parvenu à guérir une fistule semblable, produite par un ulcère vénérien, sans employer d'autre moyen qu'une pression douce et graduée (2). Deux autres ont cédé à l'application d'un emplâtre fortement agglutinatif, composé de corail réduit en poudre très-fine, de poix blanche, et d'un peu de térébenthine (3).

Jourdain considère aussi la grenouillette comme une maladie tout-à-fait différente des tumeurs enkystées qui se développent sous la langue : cependant il ne paraît peut-être pas parfaitement d'accord avec lui-même sur leur véritable nature, et par suite sur le traitement qu'il convient de leur opposer. On doit ouvrir les tumeurs enkystées, les vider de ce qu'elles renferment, et en disséquer le kyste, ou le détruire avec des caustiques (4); mais, dans la grenouillette proprement dite, lorsqu'elle est molle et flasque, on se borne à pratiquer une incision, après quoi on s'empresse de guérir la plaie; ou, quand la tumeur est dure, et en quelque sorte de nature squirrheuse, on applique le feu. Quant à l'ouverture fistuleuse, qu'on doit entrete-

(1) *Ibid.* T. II, p. 316.
(2) *Ibid* p. 41.
(3) *Ibid.* p. 324.
(4) *Ibid.* p. 522.

nir, Jourdain déclare qu'il a besoin encore des lumières de l'expérience pour établir quelque chose de positif à cet égard. Cependant il suivit l'ancienne méthode dans une tumeur ancienne, qu'il assure lui-même avoir appartenu réellement au genre grenouillette : il ouvrit le sac, le vida, et le pansa avec des substances détersives; son malade guérit parfaitement (1).

Jourdain signale, comme un grand nombre de ses prédécesseurs, le danger qu'entraîne souvent la section du frein de la langue, qu'il dépeint comme une opération importante et délicate. Du reste, sa manière de la pratiquer n'offre rien de nouveau : il se servait de ciseaux ordinaires, et arrêtait l'hémorrhagie au moyen d'une petite tente de charpie saupoudrée de vitriol, qu'il appuyait un peu avec le doigt ou à l'aide d'un petit cautère actuel. Ce dernier instrument lui servit aussi pour détruire une excroissance fongueuse du frein de la langue, dont il enleva néanmoins une autre avec le bistouri : une fistule restée après cette opération fut guérie par l'application du beurre d'antimoine (2). Il veut qu'on se serve d'une machine fixée autour de la tête pour arrêter l'hémorrhagie due à la lésion des vaisseaux situés sous la langue (3), parce que la ligature, que H. G. Courtois, entre autres, venait tout récemment de faire (4), n'est fort souvent point praticable.

Chopart et Desault prescrivent de se borner à comprimer les fistules salivaires en dehors, lorsque le canal naturel n'est point oblitéré, et d'introduire des sondes dans l'intérieur de celui-ci, s'il se

(1) *Ibid.* p. 581.
(2) *Ibid.* p. 592.
(3) *Ibid.* p. 619, *Taf.* III.
(4) Le dentiste observateur. Paris, 1775.

trouve engoué ou obstrué (1). Mais, par la sui[te], Desault aimait mieux comprimer la glande elle-même. Il plaçait, entre l'oreille et l'angle de la mâchoire inférieure, plusieurs compresses graduées, qu'il maintenait par un bandage; trois mois à-peu-près lui suffisaient pour anéantir ainsi les fonctions de la parotide, et la fistule se trouvait guérie. Dans un cas où la sensibilité trop vive du malade ne lui permit point d'employer cette méthode, et où nul moyen ne put non plus rétablir la perméabilité du canal de Sténon, il se vit contraint d'établir un orifice excréteur artificiel. Après avoir appliqué deux doigts contre la surface interne de la joue, pour lui servir de point d'appui, il plongea un trois-quarts à hydrocèle dans la fistule, et ayant ôté le stylet, il passa un fil à travers la canule, qu'il retira ensuite : alors il attacha à ce fil une mèche qu'il introduisit dans la plaie, mais sans la faire arriver jusqu'à l'ouverture extérieure, qui ne donnait issue qu'au fil; peu à peu il augmenta le volume de la mèche, en observant les mêmes précautions, et recommandant au malade de tenir sa joue dans le plus grand repos possible; au bout d'un certain laps de temps, il supprima d'abord la mèche, puis le fil, et cautérisa la plaie extérieure, ce qui fut suivi d'une guérison radicale (2).

Après avoir essayé inutilement de rendre le canal de Warthon perméable, en y introduisant des sondes de plomb, Desault guérissait presque toujours la grenouillette en l'ouvrant, la vidant, excisant ou cautérisant une partie du sac, et entretenant une ouverture fistuleuse pour donner issue à la salive (3). On voit combien peu il s'éloignait

(1) *Anleitung zur Kenntniss der chir. Krankh. Th.* I. p. 292.
(2) *Chirurg. Nachlass*, T. II, Th. III, p. 228.
(3) *Anleitung*, *loc. cit.* p. 350. — *Chir Nachlass*, *loc. cit.* p. 226.

de Louis, relativement à l'idée qu'il se formait de cette maladie.

Toutes les méthodes connues lui servaient pour pratiquer l'extirpation des amygdales, et les circonstances seules déterminaient son choix (1). Cependant il préférait l'excision, et comme un bistouri ordinaire est très sujet à blesser d'autres parties quand on le porte au fond de la cavité buccale, il se servit, dans la suite, de son kiotome ou coupe-bride, dont le principal usage était d'ailleurs de détacher les pierres enkystées de la vessie, et de détruire les constrictions du rectum. Il avait également recours à cet instrument pour exciser la luette. Rarement, dit-il, ces opérations occasionnent une hémorrhagie inquiétante. Si le malade redoute le bistouri, on pratique la ligature, pour laquelle Desault recommande son serre-nœud (2).

Desault comptait beaucoup, dans les tuméfactions de la bouche et de l'œsophage, qui empêchent d'avaler, sur l'injection de liqueurs nutritives dans l'estomac, à l'aide d'une longue sonde élastique, dont on retire le mandrin, après l'avoir introduite par le nez (3). Mais tout ce qu'il dit sur les corps étrangers arrêtés dans l'œsophage, ne contient rien de nouveau; il ne parle que des instrumens et des procédés déjà connus, soit pour les extraire, soit pour les enfoncer. Quant à l'œsophagotomie, il la décrit en termes tellement obscurs, qu'on n'a pas de peine à juger qn'il ne la pratiqua jamais : les accidens qu'il signale comme étant le plus à craindre dans cette opération, sont la lésion du nerf ré-

(1) *Anleitung*, *loc. cit.*

(2) *Chir. Nachlass*, p. 236. — Journal de Médecine, vol. LXXXVI, 1791.

(3) *Chir. Nachlass. loc. cit.*

current, de l'artère carotide externe, et de la veine jugulaire interne (1).

A. F. Vogel confirma les idées nouvelles qu'on avait acquises sur la nature de la grenouillette, en rapportant le cas remarquable d'un enfant chez lequel les conduits de Warthon, par l'effet sans doute de leur occlusion, formaient sous la langue deux saillies en manière de cornes, qui s'affaissèrent sur-le-champ dès qu'on en coupa l'extremité. Ce praticien extirpa par portions une amygdale de la grosseur d'un œuf de canne, et arrêta la marche de la gangrène par l'application de l'acide muriatique : ce ne fut néanmoins qu'au bout de six mois qu'il parvint à réprimer complètement les fongosités, dont il n'avait pu jusqu'alors empêcher la reproduction continuelle (2).

B. Wilmer guérit une tumeur qui occupait presque toute la mâchoire inférieure, et qui était probablement une fausse grenouillette, en l'ouvrant, faisant sortir beaucoup de matière visqueuse qu'elle contenait, excisant la partie antérieure du sac, et touchant le reste avec des cathérétiques (3).

J. G. Fritze recommanda un instrument semblable à celui de Thornberg, corrigé par Rau, et avec lequel on peut couper très-promptement la luette sans que le malade le soupçonne d'avance (4). Richter pense toutefois qu'il est inutile, et qu'on peut très bien le remplacer pas des ciseaux arrondis à leur extrémité (5).

J. U. Bilguer répéta en grande partie ce que

(1) *Anleitung*, *loc. cit.* p. 379.
(2) *Chirurgische Wahrnehmungen*, 2.te *Sammlung*. *Luebeck*, 1780.
(3) *Cases and remarks*. *London*, 1779.
(4) *Medic. Annalen*, etc. T. I, *Leipzig*, 1781.
(5) *Chir. Bibl.* T. VI, st. 1, p. 63.

Louis avait dit au sujet de l'opération de la fistule lacrymale. Cependant il veut que quand les caustiques ne produisent aucun bien, on perce la joue d'outre en outre avec un trois-quarts, et qu'on place ensuite une canule de plomb à demeure dans la plaie intérieure (1).

Suivant B. Bell, il ne faut jamais exciter la sortie des corps étrangers situés dans l'œsophage, en faisant prendre des vomitifs au malade, mais on doit toujours les enfoncer avec une verge en baleine. Quant à ceux qui sont tranchans et pointus, on les laisse en place, lorsqu'ils permettent encore à l'air et aux alimens de passer, et l'on attend que que la nature ait excité la suppuration. Lorsqu'ils entravent la respiration ou la nutrition, on pratique l'œsophagotomie, qui est également avantageuse dans l'occlusion totale de la partie supérieure de l'œsophage, en ce qu'elle fournit une ouverture par laquelle on peut encore nourrir le malade pendant quelque temps. La méthode que Bell préfère, consiste à inciser, du côté gauche de la trachée-artère, sur le corps étranger lui-même : si ce dernier est situé à une grande profondeur, on pratique l'incision immédiatement au-dessus du sternum; mais on la prolonge le plus possible vers le haut, afin de se procurer l'espace nécessaire pour introduire une pince droite ou recourbée. Si la plaie n'a point été faite à l'occasion d'une constriction de l'œsophage, on la guérit promptement, et l'on nourrit le malade en lui donnant des lavemens avec du bon bouillon. On doit évidemment, ajoute Bell, pratiquer l'opération dans les cas indiqués, puisqu'il vaut mieux recourir à un moyen douloureux qu'abandonner le

(1) *Anweisung fuer Wundaerzte. Berlin*, 1783, p. 35.

malade à une mort certaine : avec un peu de soin d'ailleurs, on évite aisément la lésion du nerf récurrent ; quant à celle des petits vaisseaux ou des petits filets nerveux, elle ne saurait jamais avoir des inconvéniens bien graves (1).

Jamais, assure Bell, le cancer des amygdales ne s'est présenté à lui, et il est très-râre aussi que ces glandes deviennent le siége d'un gonflement squirrheux ou douloureux, de manière qu'on ne doit les extirper que quand elles gênent la respiration et la déglutition. La ligature avec un fil d'argent, ou avec une corde à boyau, appliquée au moyen du double cylindre de Levret, lui paraît bien préférable aux caustiques, dont on ne peut presque jamais se servir, et à l'excision, qui expose toujours aux dangers d'une hémorrhagie. Pour mettre la ligature en place, Bell pousse l'anse de fil dans l'arriere-gorge par le nez, la dispose autour de la tumeur avec deux doigts de la main gauche, en renferme ensuite les extrémités dans la canule du double cylindre, et la serre de temps en temps. Ce procédé lui paraît très-convenable aussi dans les gonflemens des tonsilles qui présentent une base fort large, parce que les tumeurs semblables font toujours une saillie assez prononcée pour que la ligature puisse tenir solidement. Lorsqu'on ne peut pas opérer ainsi, il est facile de placer la ligature en se servant, comme Chéselden, d'une aiguille qu'on passe au travers de la tumeur. On ne fait la ligature par la bouche que quand les circonstances y obligent impérieusement, car cette méthode gêne beaucoup la mastication et la parole (2).

Bell, qui redoutait l'hémorrhagie, avait également recours a la ligature pour détruire les tumeurs vo-

(1) *Lehrbegriff*, etc. Th. II, p. 425.
(2) *Ibid. Th.* III, p. 493.

lumineuses, arrondies et rebelles de la luette; mais quand cet appendice n'était qu'alongé et relâché, il le coupait avec un bistouri courbe et boutonné, ou avec des ciseaux ordinaires, qu'il préférait à tous les autres instrumens usités pour pratiquer cette opération (1). Il pensait aussi que la grenouillette dépend la plupart du temps de l'obstruction des conduits de Warthon par des concrétions calculeuses, dont l'extraction lui paraissait indispensable pour obtenir la guérison du malade. Presque tous les ulcères fistuleux situés sous la langue ont, suivant lui, la même origine; mais il paraît néanmoins accorder qu'on peut trouver de véritables tumeurs enkystées dans cet endroit, puisqu'il conseille bien d'inciser et de vider les grenouillettes molles, mais recommande d'extirper tout-à-fait celles qui sont dures et remplies d'une substance sébacée. On doit toujours s'attendre à une hémorrhagie lorsqu'on pratique cette opération; mais on se rend maître du sang avec les caustiques, ou, si le cas l'oblige absolument, avec le fer rouge. Bell employait des ciseaux analogues à ceux de Petit pour faire la section du filet de la langue (2), et il opérait les fistules salivaires d'après le même procédé que Desault : seulement, au lieu du séton, il plaçait une sonde de plomb, et, au lieu de rafraîchir les bords de la plaie extérieure, afin de la guérir ensuite par première intention, il se contentait de la cautériser (3).

Louis avait déjà remarqué que les fistules salivaires anciennes cèdent quelquefois à un traitement fort simple. F. Mosque en guérit aussi une qui existait depuis treize ans, sans employer pour

(1) *Ibid.* p. 498.
(2) *Taf.* XIII, *fig.* 166.
(3) *Ibid. p.* 605.

ainsi dire d'autre remède que la cautérisation avec la pierre infernale (1).

Taillardant ouvrit, par une large incision, une grenouillette si volumineuse, qu'elle empêchait presque entièrement le malade de manger. Il trouva dans son intérieur un calcul, après l'extraction duquel la tumeur guérit (2).

Pierre Camper, qui considérait cette affection comme une sorte d'hydropisie, se trouvait fort bien aussi de pratiquer de grandes incisions avec une lancette. Quand la maladie récidivait, il avait de nouveau recours à l'instrument tranchant, et touchait légèrement la plaie avec la pierre infernale, ce qui ne tardait point à amener la guérison. Camper range également ici les varices de la partie interne des joues et des lèvres, assurant qu'il a toujours réussi en les ouvrant (3).

Le baron Percy démontra l'inutilité des instrumens compliqués pour faire la section de la luette. Les ciseaux de Levret sont le meilleur de tous, surtout si l'on ajoute à l'une de leurs lames un petit prolongement transversal, qui empêche l'appendice de fuir en arrière quand on rapproche les branches. Percy voulant aussi prévenir l'accident observé par Moscati, de la chute sur le larynx des portions d'une amygdale qu'une affection squirrheuse oblige d'extirper, imagina des ciseaux creux dont les lames sont garnies d'ailes destinées à recevoir les lambeaux détachés de la glande (4).

A. T. Richter soutint que la compression est le meilleur moyen dont on puisse se servir contre les fistules parotidiennes. Il l'exerçait avec des com-

(1) *Chirurgische Novellen. Vien*, 1783.
(2) Journal de Médecine, vol. LIV. Décembre.
(3) Histoire de la Société de Médecine, an. 1784. Paris, 1788. — Mémoires, p. 46.
(4) Mémoire sur les ciseaux à inciser. Paris, 1785.

presses graduées, principalement sur l'orifice fistuleux, mais, dans le même temps néanmoins, sur la glande toute entière. La compression peut aussi être d'une grande utilité, dans les fistules du canal de Sténon, comme moyen palliatif et propre à empêcher la salive de couler en trop grande abondance. Mais jamais on ne les guérit réellement de cette manière, non plus qu'en suivant la méthode si généralement vantée par les Anglais, de toucher l'orifice extérieur avec la pierre infernale, ce qui ne saurait être de quelque utilité que dans les fistules parotidiennes. Il est rare qu'on puisse désobstruer le canal naturel, parce que rien n'est plus difficile que de le sonder. La meilleure manière de guérir les fistules du conduit de Sténon consiste donc à percer la joue avec un trois-quarts de la grosseur d'une plume de corbeau : après avoir introduit dans la bouche le doigt couvert d'un morceau de liége, pour servir de point d'appui, on enfonce cet instrument à l'endroit même de l'ouverture de la partie postérieure du conduit parotidien; on le dirige obliquement de haut en bas et d'arrière en avant; ensuite on introduit dans la plaie un fil dont on augmente peu à peu la grosseur, et qu'on ne retire que quand le nouveau canal est devenu parfaitement calleux. Alors on touche la plaie extérieure avec la pierre infernale, ou bien on la scarifie, et l'on en réunit les bords. Si la fistule refuse de se fermer, malgré ce traitement, il est vraisemblable que l'orifice interne s'est rétréci : on y introduit une petite canule conique, en or ou en argent, garnie d'un petit bouton qui l'empêche de tomber. On laisse cette canule en place, même après la guérison, et on abandonne à la nature le soin de la détacher (1).

(1) *Anfangsgruende der Wundarzneykunst*, *Th.* II, *p.* 257.

Quant à ce qui concerne la grenouillette, Richter adopte le sentiment de Girard, et pense, comme cet écrivain, que toutes les tumeurs sub linguales qu'on a détruites par l'extirpation, n'étaient point de véritables ranules, mais des tumeurs enkystées survenues accidentellement en cet endroit. Il lui paraît très-difficile, et même impossible, de désobstruer le canal de Warthon à l'aide des sondes en plomb. Le traitement qu'il conseille contre la véritable grenouillette, consiste à inciser la paroi antérieure de la tumeur, et à enlever une portion du sac avec l'instrument tranchant. En général, il marche sur les traces des grands maîtres de la chirurgie française, pour ce qui concerne la section du frein de la langue, opération qu'on ne doit, selon lui, pratiquer, dans le cas même où le filet a réellement trop de longueur, que quand l'enfant ne peut point saisir et embrasser le sein, parce qu'en toute autre circonstance, il arrive quelquefois que la membrane s'alonge d'elle-même, et qu'on est ainsi dispensé de faire une opération qui présente toujours quelque danger. La plupart du temps, ajoute ce praticien, la portion du frein qu'on doit inciser se reconnaît à sa minceur et à son aspect particulier ; mais si ces caractères viennent à manquer, il faut se contenter de faire plusieurs petites incisions successives, parce que s'il arrive des accidens, on parvient avec moins de peine à y porter remède. Une spatule fendue sert à soulever la langue, et le frein, qu'on insinue dans la raînure de la plaque, se coupe avec des ciseaux mousses. Tous les autres instrumens imaginés pour exécuter cette opération sont inutiles (1).

Richter regarde comme un précepte très-sage de

(1) *Ibid. Th.* IV, *p.* 3.

scarifier les amygdales, dans les violentes angines tonsillaires, avec le pharyngotome, ou avec une lancette couverte de linge jusqu'auprès de sa pointe. L'excision lui paraît également mériter la préférence sur toutes les autres méthodes quand il s'agit d'extirper ces corps folliculeux, car les vaisseaux qu'on pourrait léser étant situés derrière les amygdales, on n'a point à craindre d'hémorrhagie, puisqu'on n'enlève ces dernières que par portions. Des ciseaux à longues branches et à lames courtes, courbées sur leur plat, ou le bistouri de Caqué, tels sont les instrumens qu'il juge le plus convenables pour cette opération : quant aux ciseaux de Percy il les déclare entièrement superflus, et il rejette aussi le *speculum oris* de Caqué, comme incommode à mettre en usage. Le meilleur procédé consiste à faire une première incision de haut en bas, à la prolonger jusqu'à la partie moyenne de l'amygdale, et à en faire ensuite une autre de bas en haut, qui aille rejoindre la première. Quand les deux incisions ne se rencontrent point, on peut terminer l'opération avec des ciseaux.

La résection de la luette n'entraîne absolument aucun danger. On la pratique avec les ciseaux de Levret, ou avec d'autres dont les branches soient longues et un peu recourbées. Il est fort rare que l'hémorrhagie oblige d'appliquer le feu (1).

Quand un corps étranger arrêté dans l'œsophage résiste à tous les efforts qu'on fait, soit pour l'extraire, soit pour l'enfoncer, il faut laisser quelque temps le malade en repos, et lui administrer des calmans, ainsi que des antiphlogistiques, après quoi l'on réussit quelquefois au-delà de toute espérance. L'instrument que Richter préfère est un crochet en fil

(1) *Ibid. p.* 40.

de fer double, auquel il faut donner une nouvelle inflexion chaque fois qu'on le replonge dans l'œsophage. Lorsque le corps étranger présente peu de volume, on le retire avec une éponge attachée à un fil double contenu dans une sonde de gomme élastique : on pousse l'éponge sèche jusqu'au delà de l'obstacle, et on cherche ensuite à la faire gonfler en injectant de l'eau. En général, ajoute Richter, il ne faut jamais enfoncer les corps qu'on peut extraire, et le mieux est de renoncer à toute tentative d'extraction, dès qu'on s'aperçoit qu'il y a resserrement spasmodique. L'œsophagotomie est indiquée lorsqu'on ne peut ni extraire ni enfoncer le corps étranger, que ce dernier provoque des accidens redoutables, et qu'il est fixé à la partie supérieure de l'œsophage : avec de la circonspection, et en se servant d'un instrument de corne ou d'ivoire pour séparer les muscles, on n'a point de peine à éviter de léser les parties qu'il importe de ménager (1).

Callisen traitait les fistules salivaires absolument comme Richter (2); mais il veut qu'après avoir fendu et vidé la grenouillette, on remplisse le sac de charpie, ou qu'on le touche avec un pinceau trempé dans un acide minéral, ce qui fait qu'il se détache, et qu'on peut l'enlever (3). L'œsophagotomie est, suivant lui, une opération qui n'entraîne, à la vérité, pas nécessairement la mort, mais qui doit néanmoins inspirer toujours les plus vives inquiétudes, et à laquelle il ne faut par conséquent recourir que quand le corps étranger arrêté dans l'œsophage distend ce canal jusqu'au point de donner lieu à une tumeur apparente au-dehors. En tout autre cas, il vaut mieux prévenir la suf-

(1) *Ibid. p.* 190.
(2) *Callisen, Princ. syst. chir. hod. vol.* I, *p.* 401.
(3) *Ibid. vol.* II, *p.* 90.

focation par la bronchotomie, nourrir le malade avec des bains et des lavemens, et laisser à la nature le soin de détacher le corps étranger (1). Callisen lie quelquefois les engorgemens chroniques des amygdales, mais il préfère néanmoins les exciser avec les ciseaux de Levret, dont il se sert aussi pour pratiquer la résection de la luette. Il rejette de même tous les instrumens proposés pour la section du frein de la langue, et, comme Richter, il se contente d'une spatule fendue et d'une paire de ciseaux pour faire cette opération (2).

C. C. Siebold montre une prédilection toute particulière pour la ligature des amygdales. C'est par ce procédé, et à l'aide du double cylindre de Levret, qu'il détermina la chûte d'un engorgement tonsillaire très-volumineux : dans un autre cas, il porta une pince armée d'une anse de fil d'argent au fond de la bouche, saisit l'amygdale, confia la pince à un aide, poussa l'anse derrière la glande, et tordit ensemble les deux extrémités du fil, qu'il entoura de linge (3).

J. C. Loder guérit une grenouillette en excisant une partie du sac, et vidant ce dernier d'une grande quantité de matière caséiforme qu'il renfermait. Chez un second malade, il fut obligé de recommencer deux fois l'opération avant d'obtenir une guérison radicale (4).

Un individu portait une grenouillette volumineuse, qui était sur le point de le suffoquer : Cline le rendit à la santé par une simple incision faite à la tumeur (5). Preiss, de Salzbourg, ouvrit aussi une

(1) *Ibid. p.* 299.
(2) *Ibid. p.* 377. 641.
(3) *Chirurg. Tagebuch. Nuernberg*, 1792.
(4) *Loder's med. chir. Bemerkungen*, *Th.* I. *Weimar*, 1794.
(5) *Ehrlich's Beobachtungen auf Reisen*, *Th.* I, *p.* 68.

tumeur analogue, et guérit le malade à l'aide d'injections avec l'eau-de-vie camphrée et l'essence de térébenthine (1).

Lentin regardait comme insuffisante la méthode d'enfoncer avec force les corps arrêtés dans l'œsophage : il aimait mieux faire avaler au malade de l'huile, des masses volumineuses de beurre, ou de grosses bouchées d'alimens (2).

J. G. Eckholdt s'écarte peu des anciens pour ce qui concerne le choix des procédés et des instrumens propres à débarrasser l'œsophage des corps étrangers qui s'y sont arrêtés; mais il a le mérite d'être le premier, après Guattani, qui ait décrit l'œsophagotomie avec précision, et d'avoir inventé une méthode plus convenable pour l'exécuter. Il forme un pli transversal sur le milieu du muscle sterno-cléido-mastoïdien, et l'incise dans une direction légèrement oblique, de manière qu'il met à découvert l'espace triangulaire compris entre les deux portions de ce muscle : alors il détruit le tissu cellulaire qui se trouve dans cet endroit, avec le manche du bistouri et les doigts, en creusant également sur le côté de la thyroïde, puis, tandis que les aides écartent les bords de la plaie avec des crochets, il incise l'œsophage dans le milieu de cet espace, et agrandit l'incision avec des ciseaux; si le muscle se bifurque trop bas, de manière à ne pas laisser assez de jeu, il le fend un peu à la partie supérieure de la plaie (3).

Ollenroth, n'approuvant point les repoussoirs ordinaires, imagina un instrument nouveau pour extraire les corps étrangers de l'œsophage : cet

(1) *Loder's Journal*, *T.* III, *st.* III, *p.* 468.
(2) *Arneman's Magazin*, *T.* I, *st.* 3, *p.* 438.
(3) *Ueber die Ausziehung fremder Kœrper aus dem Speiseræhre und der Luftroehre. Kiel und Leipzig*, 1798.

instrument est composé de soixante-une petites boules d'étain poli, enfilées par une corde, qui est garnie d'une éponge à sa partie inférieure, et qui, vers l'autre extrémité, porte une poignée, à l'aide de laquelle on peut la tendre et serrer les boules les unes contre les autres (1).

Un autre instrument, que G. Schmitt annonça pompeusement, à la même époque, comme une invention nouvelle, diffère à peine des ciseaux dont on se servait avant l'auteur pour faire la section du filet de la langue : ces ciseaux sont courbés sur leur plat, et tout à fait mousses en devant (2).

Joseph Flajani essaya inutilement les bougies et les injections chez un individu dans l'œsophage duquel un corps étranger s'était arrêté; mais, à l'aide d'une épaisse sonde de plomb, il précipita sur le champ ce corps dans l'estomac. Il veut encore qu'on suive le procédé de Guattani pour l'œsophagotomie, et pense que cette opération ne présente pas de très-grandes difficultés à un chirurgien instruit et exercé, sur-tout lorsque l'œsophage n'est point distendu par le corps étranger (3). Ayant à faire disparaître une amygdale presque squirrheuse, il la saisit avec de petites pinces, et la détacha en trois coups de ciseaux mousses à l'extrémité. Chez un autre malade, les deux tonsilles se touchaient dans le milieu de l'arrière-gorge : Flajani enleva l'une d'un seul coup de ciseaux, et quant à l'autre, qui était plus dure, il la saisit avec une érigne, puis la coupa d'avant en arrière avec un bistouri monté sur un long manche. Cependant il conseille aussi de recourir en certaines occurrences à la ligature (4).

(1) *Loder's Journal*, *T.* III, *st.* 2, *p.* 66, *taf.* IV, *fig.* 1.
(2) *Ibid T.* IV, *st.* 2, *p.* 272.
(3) *Collez. d'oss. e riflss. oss.* 62, *p.* 249.
(4) *Ibid. oss.* 71, *p.* 291.

Chez les personnes atteintes d'une fistule lacrymale, ce praticien porte, par l'ouverture extérieure, et jusque dans la bouche, une aiguille garnie d'un fil de soie double, laisse le fil de soie en place, et touche la plaie des tégumens avec la pierre infernale, lorsqu'il juge que le trajet du nouveau canal est devenu calleux. Un individu était porteur d'une fistule d'un des conduits parotidiens, qui, par leur réunion, donnent naissance au canal de Sténon : Flajani le guérit par la compression exercée avec des compresses graduées. La réunion immédiate, favorisée par un repos absolu, lui suffit pour guérir une division récente du conduit de Sténon. Son opinion est qu'il faut en général comprimer lorsque la fistule est voisine de la parotide, et percer la joue quand elle provient de la lésion du canal (1).

Viborg a proposé une nouvelle méthode pour guérir la fistule salivaire. Il croit avoir démontré, d'après des expériences faites sur les animaux, non-seulement qu'on peut lier la portion parotidienne du canal salivaire sans qu'il en résulte le plus léger inconvénient, mais encore que c'est là le meilleur moyen qu'on puisse employer pour déterminer l'atrophie de la glande parotide, qu'on cherchait autrefois à produire en ayant recours à la compression. En conséquence, il veut qu'on incise la joue pour découvrir la portion intacte du canal de Sténon, qu'on passe une aiguille armée d'une ligature sous ce dernier, qu'on noue le fil, et qu'on réunisse la plaie aussi promptement que possible (2).

F. G. Nédel guerit une plaie à la joue, dans laquelle le canal de Sténon avait été vraisemblable-

(1) *Ibid. oss.* 75, *p.* 305.
(2) *Sammlung von Abhandlungen fuer Thieraerzte. Kopenhagen*, 1797, *T.* II, *p.* 33.

ment divisé, sans qu'il restât de fistule : il établit un point de compression à la partie interne de la joue, et appliqua des emplâtres agglutinatifs en dehors. Plusieurs fistules salivaires disparurent, entre ses mains, par la seule attention d'en toucher l'orifice avec la pierre infernale. Ce dernier moyen, et la cautérisation avec l'acide nitrique, semblent aussi mériter la préférence sur toutes les opérations, au jugement de C. L. Mursinna (1).

A. Richerand vit deux fistules lacrymales que, depuis long-temps on essayait en vain de cicatriser, finir par guérir d'elles mêmes (2).

Langenbeck allégua divers faits à l'appui de l'opinion de Mursinna. Ce praticien vit aussi plusieurs fistules parotidiennes ou du canal de Sténon céder à la simple cautérisation avec la pierre infernale. Si l'ouverture ne se refermait pas de suite, dans les plaies du canal, et que l'extrémité parotidienne de celui-ci fût encore assez longue, il faudrait, suivant lui, mettre cette extrémité à découvert, et la diriger vers la bouche en la faisant passer dans un trou pratiqué à la joue. Quant à la manière de s'y prendre pour trouver le conduit, il conseille de faire une incision à trois travers de doigt du bord inférieur de la mâchoire, et à autant de distance du bord antérieur du muscle masséter, en dirigeant le bistouri du côté de la glande. Après avoir disséqué le canal, et l'avoir insinué dans le trou pratiqué à la joue, il faut réunir exactement les bords de la plaie, afin que le conduit contracte le plus promptement possible des adhérences avec les nouvelles parties qui l'entourent (3).

Latta avait déjà proposé une méthode analogue à

(1) *Mursinna's Journal*, *T.* II, *st.* 2, *p.* 291.
(2) Nosogr. chirurg. vol. II, p. 327.
(3) *Bibliothek fuer die Chirurgie*, *T.* II, *st.* 4, *p.* 687.

celle-là. Cet écrivain prétendait que toutes celles auxquelles on avait eu recours jusqu'alors étaient plus propres à obstruer l'ouverture de la portion parotidienne du canal, qu'à la mettre en rapport avec un conduit qui se rendît réellement dans la bouche : c'est pourquoi il perçait la joue avec une aiguille, et introduisait dans l'ouverture une corde à boyau, dont il cherchait à insinuer l'extrémité externe dans l'orifice de la portion parotidienne du canal de Sténon ; ensuite il réunissait les lèvres de la plaie à l'aide d'emplâtres agglutinatifs (1).

Outre la sonde œsophagienne en baleine et les autres instrumens déjà connus, Charles Bell recommanda sur-tout, pour extraire les épingles de l'œsophage, un cylindre ouvert à ses deux extrémités, renfermant plusieurs crins de cheval ployés sur eux-mêmes de manière à former une anse ; après avoir enfoncé le cylindre, on y pousse ces crins l'un après l'autre, et on les retire afin de voir s'ils n'ont pas saisi l'épingle. L'œsophagotomie, que Richerand ne croit praticable qu'en cas de distention extrême du canal par le corps étranger (2), ne convient non plus, suivant l'opinion du chirurgien anglais, que quand ce corps est arrêté dans la portion la plus étroite de l'œsophage, derrière le cartilage cricoïde, ou bien lorsque, le danger étant imminent, on a essayé en vain tous les autres remèdes. Voici, du reste, quel est son procédé : tandis qu'avec le pouce on comprime en bas la veine jugulaire, afin de la rendre plus apparente, on incise la peau, le muscle peaucier, les petits nerfs et les vaisseaux, dans l'étendue de trois pouces, on écarte l'omoplat-hyoïdien et les autres muscles

(1) *System der praktischen Wundarzney ; uebers. von Augustin ; Berlin*, 1813, *T.* II, *p.* 397.

(2) Nosograph. chirurg. vol. II, p. 360.

avec le manche du bistouri, et l'on ouvre l'œsophage, qui se trouve alors à nu, suivant la manière indiquée par Guattani et par d'autres praticiens. Comme il faut écarter tout ce qui pourrait irriter ce canal après l'opération, on peut employer une sonde de gomme élastique, sur laquelle se visse une seringue, pour injecter des liqueurs nourrissantes dans l'estomac (1).

Bell pense qu'il est fort rare que les escarrotiques et la compression réussissent dans les fistules salivaires anciennes et devenues calleuses. Lorsque la fistule ne pénètre point déjà dans la bouche, il perce la joue avec une aiguille garnie d'un fil portant un séton, qu'il laisse en place jusqu'à parfaite cicatrisation de l'ouverture intérieure : alors il y attache un cheveu ou un fil très-mince, et dispose le séton de manière qu'il s'engage seulement dans l'orifice buccal, tandis que le trou extérieur se resserre sur le fil ou sur le cheveu; enfin il enlève encore ce dernier, mais laisse le séton en place jusqu'à ce qu'il tombe de lui-même, et favorise la guérison de la plaie extérieure, tant par les dessicatifs que par la compression, ou bien il en rafraîchit les bords, qu'il réunit ensuite par la suture entortillée. On peut également se servir d'une petite canule pour entretenir la plaie intérieure béante, et en général le procédé opératoire varie beaucoup à raison de la diversité des circonstances elles-mêmes (2).

Ce que Bell dit de la grenouillette ne diffère point de ce qu'on lit dans Richter et Girard ; mais il croit que la section du frein de la langue n'est jamais d'une nécessité absolue, et que, dans aucun cas, la trop grande longueur du filet ne saurait em-

(1) *A system of operative surgery*, *vol.* I, *p.* 1.
(2) *Ibid. p.* 161.

pêcher l'enfant de téter ni de parler, tandis que l'opération par laquelle on le coupe peut avoir des résultats très-fâcheux (1). Les scarifications des amygdales ne présentent absolument point de danger, et peuvent être d'une grande utilité dans beaucoup de cas. Bell rejette au contraire la résection de ces glandes, à laquelle il préfère la ligature. Quand l'hypostaphyle résiste à l'application du poivre de Cayenne, on pratique indifféremment la ligature ou la section de la luette (2).

Samuel Cooper ne partage pas la prédilection de son compatriote pour la ligature des tonsilles, à laquelle on doit toujours préférer la résection, si ce n'est lorsqu'on a affaire à un malade timide, cas où l'on applique les fils avec le serre-nœud de Desault (3). Desault est également le guide qu'il suit dans ce qui concerne l'opération de la fistule lacrymale (4).

Quand, dans les plaies du canal salivaire, sa partie antérieure est encore perméable, Zang prescrit de n'employer d'autre moyen que la suture, comme dans l'opération du bec-de-lièvre. Si l'orifice fistuleux est petit, l'ouverture du canal peu éloignée, et celui-ci non encore oblitéré, on cautérise pour faire naître une escarre. Lorsqu'au contraire le trou fistuleux présente un grand diamètre, et que la portion buccale du conduit est bouchée, à l'imitation de Desault on fraye une nouvelle route à la salive, en perçant la joue avec le trois-quarts qui sert pour l'opération de la fistule lacrymale : on insinue, à la faveur de la canule de cet instrument, une corde à boyau taillée en pointe, qu'on introduit, suivant le conseil de Latta,

(1) *Ibid. p.* 167. 179.
(2) *Ibid. vol.* II, *p.* 182.
(3) *Dictionary of pract. surgery*, *p.* 881.
(4) *Ibid. p.* 759.

dans l'orifice de la portion parotidienne du canal de Sténon, après avoir enlevé la canule; ensuite on se hâte de faire cicatriser la plaie extérieure. Il ne faut toutefois pas que la corde soit trop épaisse, ni qu'elle remplisse exactement le canal; mais la salive doit pouvoir couler sur ses côtés. Zang rejette tout-à-fait, comme nuisible, l'introduction des sondes de plomb, des canules métalliques et des sétons dans le canal artificiel. Il lui paraît indiqué d'atrophier la parotide par la compression. Toutes les fois que la fistule se trouve dans son voisinage, ou placée immédiatement sur elle, et que les autres méthodes ont échoué, la ligature du canal de Sténon, proposée par Viborg, mérite peut-être, suivant lui, la préférence sur toutes les autres, dont le résultat n'est jamais certain : elle lui paraît surtout convenable dans les fistules qui sont éloignées de la glande parotide (1). Il coupe le frein de la langue avec les ciseaux de G. Schmitt : au nombre des contre-indications, il range la syphilis héréditaire et les scrophules (2). La section avec des ciseaux et un bistouri est la méthode qu'il préfère dans l'hypostaphyle, et il n'a recours à la ligature que quand des varices ou l'état spongieux du tissu de l'appendice font craindre qu'une forte hémorrhagie ne survienne. Telle est aussi la marche qu'il suit pour la résection des amygdales : lorsque la maladie réclame l'emploi de la ligature, c'est par le nez, suivant la méthode de Levret, qu'il applique cette dernière (3).

(1) *Darstellung blut. heil. Operat. Th.* II, *p.* 355.
(2) *Ibid. p.* 465.
(3) *Ibid. p.* 470. 477.

CHAPITRE DIX-NEUVIÈME.

De l'Amputation du sein.

L'amputation du sein paraît avoir été faite dès les temps les plus reculés, mais les notions vagues que nous trouvons dans les anciens écrivains sur cette opération, prouvent qu'on la comptait au nombre de celles qu'il convenait très-rarement de pratiquer.

Les récits d'Hérodote (1) et d'Athénée (2) ne nous permettent point de déterminer comment Démocède de Crotone s'y prit pour guérir l'ulcère d'Atossa; nous pouvons néanmoins en conclure que ce médecin n'employa le secours d'aucun instrument. On connaît assez l'aphorisme d'Hippocrate : « Il ne faut point toucher au cancer occulte, car tout traitement ne ferait qu'accélérer la mort du malade, qui vit encore long-temps lorsqu'on le laisse en repos (1) ». Mais il n'est pas vraisemblable qu'Hippocrate ait voulu désigner l'opération par le mot θεραπεύειν, puisque, dans un autre passage, en décrivant un cas de cancer au sein (4), il ne dit rien de semblable, et que l'incision des mamelles en suppuration, dont il fait un précepte (5), n'est évidemment autre chose que l'opération usitée dans tous les abcès.

C'est dans Celse seulement que nous commençons à trouver des traces de l'emploi des instrumens tranchans contre le cancer au sein. Celse dit

(1) *Thalia*, *p.* 307.
(2) *Lib.* XII, *cap.* 4.
(3) *Aphor. sect.* 6, *aph.* 38.
(4) *Epidem. lib.* VII, *n.°* 226, *p.* 1239.
(5) *De morb. mulier. lib.* II, *p.* 666.

qu'avec des soins on peut adoucir le caractère du carcinome, qui se manifeste sur-tout à la face et aux mamelles, mais qu'il faut bien se garder de l'irriter; que les uns le combattent par les caustiques, les autres par le fer rouge, et certains encore par le bistouri; mais que toutes ces méthodes ne sont d'aucune utilité, parce que la maladie ne fait qu'empirer après la cautérisation, et que, quand on a eu recours à l'extirpation, on le voit d'ordinaire récidiver, même après la formation de la cicatrice, et conduire le malade plus rapidement à la mort qu'il n'y serait allé sans cela. Cependant Celse convient que les caustiques, le bistouri ou l'adustion peuvent être employés au début du mal; mais quand il s'aggrave, on doit se borner aux calmans et aux palliatifs (1).

Mais Galien ne balance pas à faire un précepte de l'amputation du sein cancéreux. Après avoir préparé le malade en évacuant le superflu de l'atrabile par l'emploi des moyens appropriés, on cerne aussi exactement que possible toute la partie malade avec l'instrument tranchant, afin de ne pas laisser une seule des racines du cancer, et, loin d'arrêter l'hémorrhagie, on la favorise au contraire en comprimant les veines du voisinage : quant à la plaie, on la traite ensuite de la même manière que les autres ulcères (2). Le conseil de la brûler avec un fer peu échauffé, ou même de faire l'incision avec un rasoir rougi au feu, se trouve consigné dans un des livres qui font partie de la collection des œuvres de Galien, mais qu'on a vraisemblablement tort d'attribuer à ce médecin (3).

(1) *Lib.* V, *cap.* 18, §. 2. *p.* 186.
(2) *Method. med. lib.* XIV, *p.* 190. — *Paul. Æg. lib.* VI, *cap.* 45, *p.* 192.
(3) *Isagoge. Pars* IV, *p.* 388.

Archigène d'Apamée établit une fort bonne distinction entre le cancer occulte et le cancer déclaré. Il assure que tous les moyens tirés, soit de la chirurgie, soit de la médecine, ne font qu'empirer ce dernier, de sorte qu'on doit se contenter d'administrer des remèdes rafraîchissans et de peu d'importance (1).

Léonidas d'Alexandrie fut le premier qui prescrivit d'amputer, dans tous les cas, le cancer des mamelles. Le procédé qu'il indiqua pour cette opération est à la fois très-long et très-douloureux ; il faisait étendre le malade sur le dos, pratiquait sur le sein affecté et dans les parties saines une incision qu'il cautérisait ensuite avec le fer rouge jusqu'à ce que le sang cessât de couler : ensuite il faisait une seconde incision plus profonde, qu'il brûlait de la même manière, et il continuait ainsi les incisions et les cautérisations alternatives jusqu'à ce qu'il ne restât plus aucune trace de la maladie ; après quoi il terminait l'opération en brûlant une nouvelle fois la surface entière de la plaie, afin de détruire jusqu'aux moindres racines du cancer. Souvent, dit-il, il m'a néanmoins suffi de couper les parties saines, et je n'ai pas eu besoin de recourir au cautère actuel, parce que l'hémorrhagie était peu considérable. Le seul cas dans lequel on doive s'abstenir de l'opération, c'est lorsque la mamelle entière se trouve endurcie et adhérente à la cage de la poitrine, d'où l'on ne pourrait la détacher sans compromettre la vie du malade. Lorsque l'extrémité seule du sein est malade, on l'excise sans balancer, parce que l'hémorrhagie n'est point autant à craindre dans le squirrhe que dans le cancer ouvert (2).

(1) *Ætius*, *Tetrab.* IV, *serm.* 4, *cap.* 43, *p.* 609.
(2) *Ibid. cap.* 45, *p.* 611 ; *cap.* 50, *p.* 618.

Antyllus amputa un sein cancéreux, mais, après l'opération, l'autre mamelle devint cancéreuse (2).

Aetius d'Amyde essaya de limiter un peu l'usage généralement répandu de l'amputation du sein. Quand la mamelle est atteinte d'ulcères de mauvais caractère, qui ne diffèrent du cancer lui-même que par la dureté moins considérable de leurs bords, il faut se hâter d'exciser ces derniers, appliquer le feu, et employer ensuite les antiseptiques. Si le cancer proprement dit est borné au mamelon, ou à l'extrémité du sein, on peut, à la vérité, le guérir très-facilement par l'amputation; mais, toutes les fois qu'on rencontre un cas de cette nature, il faut avoir bien plus d'égard à la santé générale du malade qu'à l'affection locale, et on ne doit jamais chercher à faire cicatriser un cancer qu'après avoir procuré la fonte de toutes les duretés par les maturatifs. Aétius prescrit l'emploi de ces derniers moyens, et notamment des fomentations émollientes, après l'amputation du sein, qu'il veut qu'on pratique à la manière de Léonidas (1), mais, généralement parlant, il se montre grand partisan de l'opération.

On remarque la même prédilection dans Paul d'Egine, qui dit qu'on doit opérer le cancer des mamelles d'après le procédé de Galien, ou l'enlever complètement avec le fer rouge (1). Mais il recommande en outre une opération particulière pour remédier au trop grand développement des mamelles chez l'homme. Les mamelles de l'homme, dit-il, enflent souvent à tel point, pendant la puberté, qu'elles acquièrent presque le volume de celles de la femme. A la vérité, ce gonflement ne tarde pas

(1) *Rhasès*, *Continens*, *lib.* XIII, *cap.* 2, *fol.* 257, c. *col.* 1.
(2) *Aetius*, *l. c. cap.* 42, *p.* 608, *cap.* 46. 47.

à disparaître, mais quelquefois aussi il demeure permanent, et c'est alors qu'il faut recourir à l'opération. On fait une incision demi-circulaire à la peau, sous la mamelle, on détache de même les tégumens à la partie supérieure, on enlève tout le superflu de la graisse, et on rapproche ensuite les lèvres de la plaie. Si la mamelle est très-volumineuse et pendante, on fait deux pareilles incisions demi-circulaires et concentriques, dont les extrémités se touchent, et on enlève la portion de peau comprise entre elles, après quoi l'on se conduit comme dans le cas précédent (1).

On voit, d'après la description de cette opération, et de plusieurs autres dont il parle dans ses ouvrages, que Paul d'Egine avait des idées fort justes sur les procédés chirurgicaux. La crainte de voir le cancer repulluler paraît donc avoir été le seul motif qui l'ait déterminé à conseiller, pour l'amputation de la mamelle devenue squirrheuse ou cancéreuse, une méthode différente de celle-là, et manifestement bien plus mauvaise.

Il y a lieu d'être étonné qu'une opération aussi cruelle en apparence et aussi inutile que l'amputation du sein, n'ait point été rejetée par les Arabes, comme elle l'avait été par les anciens Grecs, mais qu'au contraire les praticiens de cette nation conseillent à peu près tous d'y avoir recours.

Rhazès pense bien qu'à son début le cancer peut quelquefois céder aux médicamens internes, mais il déclare qu'à une époque plus avancée, et quand la tumeur s'est ulcérée, il n'existe d'autre moyen de salut pour le malade que l'opération. Ce médecin recommande de retrancher avec le plus

(1) *Paul. Ægin. l. c.*
(2) *Ibid. cap.* 46.

grand soin toutes les parties qui pourraient être le moins du monde affectées, et, afin de réussir, il prescrit d'enlever toutes les veines voisines qui se trouvent dilatées, ainsi qu'une portion des parties saines et circonvoisines, puis de brûler la plaie avec un fer rouge, et de mettre en usage les moyens propres à déterminer promptement la chute de l'escarre produite par la cautérisation (1).

Les apostêmes durs des seins, dit Haly-Abbas, doivent être traités de la même manière que les squirrhes des testicules. On extirpe le cancer des mamelles avec un rasoir, et on laisse le sang couler jusqu'à ce que les veines voisines qui sont gorgées de fluides atrabilaires s'affaissent (2). Il paraît donc qu'Haly-Abbas n'excisait pas ces veines, et qu'il n'appliquait point non plus le cautère actuel. Du reste, il copie Paul d'Egine dans la description qu'il donne de l'opération au moyen de laquelle on corrige le développement trop considérable des mamelles chez l'homme (3).

Le premier qui établisse une distinction bien tranchée entre l'opération du squirrhe et celle du cancer proprement dit, est Avicenne. Il est vrai que ce médecin ne parle d'aucune opération lorsqu'il trace le tableau très-fidèle du squirrhe (4), mais il dit, dans un autre endroit, que quand les glandes endurcies et les nodosités des mamelles ne disparaissent point après l'application des feuilles de pêcher et de rue, il faut inciser, sur elles, la peau jusqu'à la graisse, les disséquer, les enle-

(1) *Continens*, *lib.* XIII, *cap.* 2, *fol.* 256, b. *col.* 2, *fol.* 257, c. *col.* 1.
(2) *Pract. lib.* VIII, *cap.* 29, *fol.* 157, *lib.* IX, *cap.* 12, *fol.* 162.
(3) *Ibid. cap.* 40, *fol.* 164.
(4) *Canon*, *lib.* IV, *fen.* III, *tr.* 2, *cap.* 11, *p.* 852.

ver, et rapprocher les bords de la plaie (1). Dans le cancer proprement dit, si la tumeur est encore très-peu étendue, on peut guérir le malade en pratiquant avec hardiesse une incision qui comprenne toutes les parties voisines, mais sur-tout les veines tuméfiées, opération après laquelle il est quelquefois encore nécessaire d'appliquer le fer rouge, à moins que le voisinage de quelque partie noble n'en interdise l'usage. Le médecin dont Avicenne parle, qui, après avoir extirpé radicalement une mamelle cancéreuse, vit l'autre devenir le siége du même mal, est sans doute Antyllus (2).

Abu'l Kasem paraît moins bien disposé que Rhazès et Avicenne en faveur de l'amputation du sein. C'est à ce qu'il semble, plutôt comme moyen dérivatif, quoique, dans certains cas aussi, comme méthode d'extirpation, qu'il conseille l'application du feu autour du cancer commençant; mais il recommande de ne point placer le fer rouge sur le milieu de la tumeur, parce qu'en agissant de cette manière, on ne ferait qu'en accélérer la rupture (3). Abu'l Kasem prescrit aussi de recourir à l'opération de Paul d'Égine chez les hommes dont les mamelles ont pris trop de développement (4). Mais il déclare formellement ne pas avoir beaucoup de confiance dans l'extirpation du cancer, parce qu'il ne l'a jamais vue guérir aucun malade, soit entre ses propres mains, soit entre celles des autres praticiens. Si l'on veut néanmoins opérer, on cerne la tumeur par une incision circulaire, et on laisse couler le sang (5).

Les Latino-Barbares s'écartèrent en général fort

(1) *Ibid. lib.* III, *fen.* XIII, *tr.* 1, *cap.* 8, *p.* 525.
(2) *Ibid. lib.* IV, *l. c. c.* 16. — *Cantic. Pars* IV, *n.°* 25, *p.* 1082.
(3) *Chirurgia, lib.* I, *sect.* 50, *p.* 96.
(4) *Ibid. lib.* II, *sect.* 47, *p.* 248.
(5) *Ibid. sect.* 53, *p.* 260.

peu de ce que les Grecs et les Arabes avaient prescrit; cependant on peut penser, d'après leurs écrits, qu'ils pratiquèrent quelquefois l'opération du cancer au sein. Ainsi, d'après Roger de Parme, quand la mamelle est dure et livide, il n'y a pas d'autre moyen de guérir le malade que de lui amputer le sein tout entier, et si cette partie est engorgée seulement d'une manière partielle, la poudre d'asphodèle ou l'application d'un onguent cathérétique réussit quelquefois à dissiper le mal; mais le mieux est toujours de recourir à l'instrument tranchant (1). Brunus de Calabre s'exprime à peu près de la même manière : quand les moyens énergiques ne guérissaient point le cancer, et que la situation du mal ne s'y opposait pas, il saisissait la tumeur avec un crochet, l'extirpait à sa base, comprimait les parties voisines pour en exprimer le sang, et appliquait le fer ardent sur la plaie (2).

Lanfranc veut qu'on s'abstienne de tout traitement dans le cancer, ou qu'on en extirpe jusqu'aux plus petites racines (3). Il donne, en outre, le sage conseil de ne point enlever les glandes qu'on aperçoit en ouvrant les abcès au sein, comme le font quelques praticiens, persuadés que ce sont là des productions contre nature : ces glandes constituent en effet l'essence de la mamelle (4).

Théodoric de Cervia vante l'amputation beaucoup moins que les trois écrivains précédens. Lorsque le cancer débute, il faut, suivant lui, administrer des adoucissans, et chercher à rappeler, soit les règles, qui sont ordinairement supprimées, soit le

(1) *Chirurgia*, *lib.* III, *cap.* 31, *fol.* 374.
(2) *Chirurgia magna*, *lib.* I, *cap.* 16, *fol.* 114, e. — *Chirurgia parva*, *cap.* 11, *fol.* 132, g.
(3) *Chirurgia parva*, *tr.* 1, *doct.* 3, *cap.* 13, *fol.* 216, c. *tr.* 3, *doct.* 2, *cap.* 15, *fol.* 234, c.
(4) *Ibid. doctr.* 3, *cap.* 5, *fol.* 241, a.

flux hémorrhoïdal. On obtient quelquefois la guérison en suivant cette marche (1). Jean de Gaddesden bravant l'opinion unanime de tous ses prédécesseurs, veut qu'on applique des substances corrosives et âcres, telles que de l'arsenic sublimé, de l'urine, du vinaigre, et autres semblables, sur la tumeur, lorsqu'on ne peut pas l'enlever toute entière avec le bistouri, ce qui n'arrive que trop souvent (2). François de Piémont paraît approuver aussi l'emploi de ces moyens; car il veut qu'on n'ampute le cancer que quand il est impossible d'en procurer la résolution (3). Du reste, tous ces auteurs décrivent l'opération absolument comme ceux qui les ont précédés, et, se copiant les uns les autres, ils parlent aussi, du moins pour la plupart, du dégraissement des mamelles, suivant la méthode de Paul d'Egine.

Guy de Chauliac, qui cependant n'est en général point copiste aussi servile, suit ici le même exemple (4). Il prescrit bien d'ouvrir les abcès de la mamelle par une incision demi-circulaire faite à leur partie inférieure, et d'amputer le sein tout entier, lorsqu'il est dur et cancéreux, mais cette opération, dit-il, est toujours très-dangereuse; aussi vaut-il mieux, en pareil cas, employer seulement des palliatifs, que de hasarder sa réputation, en cherchant à procurer une guérison radicale (5). Néanmoins, dans un autre passage, il paraît entrer en contradiction avec lui-même, puisqu'il conseille d'extirper radicalement le cancer, soit avec l'instrument tranchant, soit avec le fer rouge, ou de le

(1) *Chirurgia*, *lib.* III, *cap.* 7, *fol.* 160, g.
(2) *Rosa Anglica*, *lib.* III, *tr.* 5, *fol.* 162, a.
(3) *Supplem. ad Mesuen*, *sect.* 2, *part.* 2, *summa* 3, *cap.* 2, *fol.* 54, c. (*in edit. cit. Mesues.*)
(4) *Ibid. tr.* 2, *doctr.* 2, *cap.* 5, *fol.* 22, d.
(5) *Ibid. tr.* 4, *doctr.* 1, *cap.* 6, *fol.* 46, g.

détruire avec les caustiques recommandés par Gaddesden (1).

Pierre de la Cerlata n'approuve ni les caustiques, ni les cathérétiques, avec lesquels il vit un empirique faire périr une femme, ni l'amputation du sein, et il prescrit de se borner à un simple traitement palliatif. Au reste, il ne veut pas qu'on ouvre les abcès des mamelles par une incision demi-circulaire; mais il donne le précepte d'en faire une petite, droite, qui commence immédiatement à la base du mamelon, et qui suive le trajet des veines, afin d'éviter la lésion des vaisseaux (2).

Valescus de Tharare regarde l'arsenic comme un remède infaillible pour détruire le cancer. Quant à l'opération, dont il décrit le procédé ordinaire, il conseille, à l'exemple de Galien, de ne point l'entreprendre avant d'avoir préparé le malade en lui faisant prendre des laxatifs (3).

Léonhard de Bertapaglia chercha, au contraire, à démontrer, par son propre exemple, combien les substances âcres sont nuisibles dans le cancer des mamelles. Une fois, dit-il, j'avais détruit un cancer semblable par l'application des caustiques; mais, au moment où la malade allait être guérie, l'affection reparut, se propagea jusqu'à la langue, et causa la mort. Léonhard n'a jamais vu un cancer céder à aucun traitement quelconque. Un très-petit même, dont le volume n'excédait pas celui d'une lentille, et dont il se décida enfin à pratiquer l'extirpation, repullula malgré qu'il en eût enlevé toutes les racines, et qu'il eût ensuite cautérisé la plaie : alors, il mit en usage les dépuratifs, mais, tandis qu'il les administrait, une vieille femme guérit

(1) *Chirurgia*, *lib.* II, *tr.* 20, *cap.* 1, f. *fol.* 52, a.
(2) *Philon. lib.* VII, *cap.* 33, *fol.* 240, a.

sa jeune et belle malade, sans employer autre chose que des signes de croix et de la sauge mâchée : *habui*, continue-t-il, *laborem, et ista honorem, et sic steti stupefactus cum verecundiâ, videndo istam juvenem ita celeriter liberari.* Mais, au lieu de recommander la sauge mâchée et les signes de croix, ce qui aurait été bien pardonnable à l'époque où il vivait, Léonhard prescrit de s'en tenir aux palliatifs, parce que les racines du cancer ne sont point dans la mamelle elle-même, que la maladie tient à une affection du foie, et qu'il est impossible de la guérir tant qu'on ne détruit pas la cause qui le provoque et l'entretient (1).

Barthélemy Montagnana cite une foule de remèdes contre le cancer des mamelles, sans dire un seul mot de l'opération (2) ; mais Jean de Vigo rappelle, avec une critique assez judicieuse, les règles tracées par les Grecs et par les Arabes. On ne doit opérer que les cancers commençans, peu volumineux et accessibles aux instrumens : on les ampute, on brûle jusqu'au vif, et on applique ensuite des cataplasmes préparés avec la farine de haricots, l'huile de rose et des jaunes d'œuf (3). Ailleurs, il prescrit de se borner aux dépuratifs et aux laxatifs dans le squirrhe cancéreux de la mamelle, et de combattre celui qui n'est pas cancéreux par les émolliens (4).

Paracelse, qui se moquait des médecins lorsqu'ils déclaraient une maladie au-dessus des ressources de l'art, et qui prétendait pouvoir tout guérir par ses emplâtres sympathiques, ne devait naturellement point non plus admettre l'incurabi-

(1) *Chirurgia, tr.* 1, *cap.* 25 (*Collect. chir. cit.*), *fol.* 272, b.
(2) *Consilia, cons.* 124, *fol.* 154.
(3) *Practica, lib.* II, *tr.* 2, *cap.* 11, *fol.* 35.
(4) *Ibid. tr.* 4, *cap.* 3, *fol.* 50. 51, *lib.* IV, *tr.* 3, *cap.* 4, *fol.* 113.

lité du cancer. Bien au contraire, il assurait avoir en sa possession un remède infaillible contre cette maladie (1). Le cancer, dit-il, est une affection arsénicale de la mamelle, un réalgar physique d'arsenic, qui se dépose, et qui doit être chassé par le fourneau du grand alchymiste Archée. On devrait, d'après cela, penser que, fidèle à sa théorie des signatures et à son anatomie, Paracelse employait des préparations arsenicales contre cette maladie arsenicale; mais, suivant toutes les apparences, il ne le faisait pas, car il ajoute qu'on ne doit ni extirper ni cautériser les tumeurs cancéreuses, attendu que quand le réalgar est mis en contact avec l'air, par l'effet de l'incision ou de la cautérisation, il s'échappe, et va exercer sa malice ailleurs, de sorte qu'il faut le traiter à sa manière (2). Or cette manière consiste à adoucir, à consolider et à combattre les accidens; après avoir adouci, on emploie l'arsenic pour nettoyer le fond. L'extirpation, l'ustion et la cautérisation avec le sublimé, sont des moyens dignes du bourreau (3). Paracelse assure en outre que tous les cancers sont occasionnés, chez l'homme, par le sang hémorrhoïdal, et, chez les femmes, par celui des menstrues, de sorte que, quand on les traite, il faut avoir particulièrement égard à ces deux flux, et à cette occasion il paraît avouer que la maladie est quelquefois incurable (4).

Jean Tagault rejette absolument aussi l'opération du cancer. A son avis, quoique Galien et Avicenne permettent l'amputation, au moins dans le cancer

(1) *Grosse Wundarzney*, *Buch.* I, *tr.* 1, *kap.* 13, *p.* 12.
(2) *Ibid. Buch.* II, *tr.* 2, *kap.* 15, *p.* 89.
(3) *Ibid. tr.* 3, *Purs* 2, *kap.* 7, *p.* 113. *Pars* 3, *cap.* 5, *p.* 121.
(4) *Von offnen Schæden*, *Buch.* VI, *p.* 392. — *Von offnen Schæden und Geschwueren*, *kap.* 3, *p.* 432, *kap.* 4, *p.* 574. — Comp. *Von Franzosen*, *T.* III, *kap.* 30, *p.* 189. — *Bertheoney*, *Buch.* II, *kap.* 4, *p.* 360.

non ulcéré, il vaut mieux ne pas l'entreprendre en pareil cas, et recourir aux calmans, aux évacuans et aux autres moyens analogues, car l'opération occasionne une hémorrhagie énorme, le virus se jette ensuite sur d'autres parties, et la cicatrice conserve toujours beaucoup de tendance à se déchirer (1). A l'égard de l'opération, Tagault copie mot à mot Galien dans la description de la manière dont on doit la pratiquer, lorsqu'on se décide à y recourir (2).

Ambroise Paré s'exprime à-peu-près de même, mais rejette l'ustion après l'amputation (3). Amatus Lusitanus suit aussi la même route : il cite un grand nombre d'exemples de cancers qu'un traitement palliatif a maintenus pendant long-temps dans un état bénin et stationnaire, mais qui se couvrirent d'affreux ulcères et amenèrent la mort, dès qu'on les attaqua par le fer, le feu ou les caustiques. Cependant le médecin Portugais assure avoir vu, à Venise, l'amputation, suivie de l'application du fer rouge, procurer une guérison radicale (4).

Gabriel Fallope partageait l'éloignement de Paré pour la cautérisation du cancer (5), et Jean Fragosi, qui vit la mort survenir après l'amputation d'un sein cancéreux, prétend que le meilleur moyen de prévenir cette issue funeste, consiste à ne panser la plaie qu'avec de la charpie sèche (6).

François de Arce proposa une méthode différente des anciennes, pour amputer le sein ; il faisait aux tégumens deux incisions parallèles, l'une au-dessus

(1) *Instit. Chirurg. lib.* I, *cap.* 15. (*in Collect. chir. C. Gesner. ed. Tigur.* 1555) *fol.* 47, a.

(2) *Ibid. lib.* III, *cap.* 19, *fol* 109, b.

(3) *De tumor. contr. nat. lib.* VI, *cap.* 24. 29, *Opp. p.* 216.

(4) *Curat. med. cent.* I, *cur.* 31, *p.* 62, *cent.* III, *cur.* 32, *p.* 215.

(5) *De tumor. praet. naturam.*

(6) *Chirurgia universale* (*Palermo*, 1639), *lib.* II.

et l'autre au-dessous de la mamelle, qu'il détachait ensuite à l'aide de la main seulement. Il assure avoir souvent opéré de brillantes cures au moyen de ce procédé (1). Jean Martin soutint que le cancer est tout-à-fait incurable, même dès son début (2); mais Jules-César Aranzi assura qu'il en avait guéri plusieurs par le régime, les évacuans et autres moyens semblables, et que cette affection ne résistait aussi souvent aux secours de l'art, que parce qu'on les prodiguait toujours trop tard, lorsque la tumeur était déjà ulcérée (3).

Pierre Foreest pretend aussi avoir fréquemment guéri le squirrhe des mamelles par les émolliens et les digestifs; mais on ne peut guères douter que ce praticien n'ait pris des tumeurs d'un caractère très-benin pour des squirrhes, puisqu'il les fait provenir d'obstructions laiteuses. Il regarde également le squirrhe indolent comme une obstruction tout-à-fait différente du cancer proprement dit, qui commence, à la vérité, par être squirrheux, mais qui, toujours aussi, cause de violentes douleurs dès l'origine. Cependant Foreest prescrit de n'irriter en aucune manière le cancer proprement dit, tant qu'il n'est point encore ulcéré, et de le traiter par les adoucissans, ou de pratiquer sur-le-champ l'extirpation. Le lithotomiste Rodolphe amputa heureusement trois seins, sous sa direction, en passant un fil au-travers de la mamelle, tirant cette dernière avec la main gauche, et, de la droite, coupant la tumeur avec un bistouri, tandis qu'un aide liait les vaisseaux, à mesure qu'ils étaient ouverts (4). Mais

(1) *De rectâ curandorum vulnerum ratione. Antiverp.*, *pag.* 1574 *lib.* II, *cap.* 30.

(2) *J. Martin et P. Arthuys*, *Ergo cancer occultus incurabilis. Paris.* 1578.

(3) *De tumor. praet. nat. cap.* 41, *p.* 219.

(4) *Obs. et cur. med. lib.* XII. *Obs.* 24, 26. 27. *Opp. p.* 127.

quand le cancer ulcéré est déjà trop avancé, l'opération n'est souvent d'aucune utilité, et Guillaume van Dalen, qui d'ailleurs l'a pratiquée un grand nombre de fois avec succès, n'osait pas la faire en pareil cas (1).

Marc-Antoine Montagnana, petit-fils de Barthélemy, assure, d'après les observations d'Antoine Platus Léonius, et d'après les siennes propres, que le cancer renaît fréquemment après l'opération: aussi copie-t-il le traitement de cette maladie dans Aétius, sans dire un seul mot des méthodes chirurgicales employées pour la combattre (2). Jérôme Reussner prétend avoir vu le cancer ulcéré céder une fois, tant aux préparations arsénicales qu'aux mercuriaux, et une autre fois à des lotions avec l'eau distillée de colimaçons de vigne (3). Le même écrivain rapporte encore les détails de la cure d'un cancer commençant, qui fut opérée par des moyens presque insignifians (4).

C'est ainsi qu'on était toujours dans le doute et dans l'incertitude au sujet de la curabilité du cancer et de l'efficacité de l'amputation pour le faire disparaître, lorsque Jérôme Fabrice d'Aquapendente fit pencher la balance en faveur de cette dernière. Je crois bien, dit-il, avoir guéri aussi quelques cancers par l'application d'un certain emplâtre; mais *una hirundo non facit ver*, et on peut admettre, en thèse générale, que cette maladie ne céde qu'aux instrumens chirurgicaux, aux moyens qui débarrassent le corps des parties sur lesquelles elle s'est jetée. Fabrice a vu un chirurgien se trouver fort bien d'appliquer un fer ardent sur

(1) *Obs. chirurg. lib.* IV. *Oos* 5. 6. *Opp. p.* 116.

(2) *De herpate, phagedænâ, gangrenâ, sphacelo et cancro. Venet.* 1589.

(3) *Observ.* 131, *p.* 70.

(4) *Ibid. obs.* 198, *p.* 107.

la plaie, après l'ablation du sein entier. Il n'a jamais pratiqué lui-même l'opération; mais il conseille, quand la tumeur est mobile, de la saisir fortement avec des pinces, afin de contenir et d'engourdir la partie, puis d'en faire l'extirpation avec un couteau rougi au feu. Lorsqu'au contraire le cancer est mobile, il veut qu'on incise la peau avec un couteau de bois ou de corne trempé dans l'eau forte, qu'on dissèque les glandes avec les ongles des doigts, et qu'on brûle ensuite la plaie, tant pour étancher le sang, que pour prévenir les récidives (1). Fabrice avoue néanmoins, dans un autre endroit, que l'opération du cancer est toujours très-dangereuse, qu'elle donne lieu à une hémorrhagie fort abondante, que, si l'on a recours à la ligature pour arrêter le sang, il survient une multitude d'accidens sympathiques, tandis qu'en appliquant le cautère actuel, on court le risque d'attaquer le cœur; enfin, que la maladie reparaît très-souvent, malgré qu'on en ait détruit jusqu'aux moindres vestiges. Quoi qu'il en soit de toutes ces circonstances défavorables, l'opération n'en est pas moins une ressource précieuse, et on est, dans une foule de cas, obligé de la pratiquer (2). Fabrice d'Aquapendente fut le premier qui rejeta le procédé de Paul d'Egine pour diminuer le volume des mamelles chez l'homme: il veut qu'on se contente d'appliquer une éponge trempée dans de l'eau minérale ou de l'eau de chaux.

Fabrice de Hilden était encore porté bien davantage en faveur de l'amputation du sein cancéreux, dont les partisans se multipliaient de jour en jour. Ce praticien rapporte divers cas intéressans qui

(1) *De op. chir. P.* I, *cap.* 49. *Opp. p.* 196.
(2) *Ibid. P.* II. *Pentateuch. lib.* I. *De tum. pr. nat. cap.* 30, *p.* 749.

démontrent combien peuvent être nuisibles, tant les émolliens que les substances âcres et cathérétiques, comme l'arsenic et l'onguent égyptiac. Il prescrit de se borner à des adoucissans et à des remèdes de peu d'importance, toutes les fois que le volume de la tumeur ne permet pas de l'attaquer avec l'instrument tranchant. D'un autre côté, on trouve, dans ses ouvrages, plusieurs cas d'opérations couronnées d'un plein succès, soit dans le squirrhe, soit dans le cancer ulcéré du sein. Il ne craignit même pas une fois d'extirper trois glandes axillaires qui se trouvaient engorgées. En cette occasion, il se servit d'un bistouri à tranchant convexe, et monté sur un long manche, ainsi que d'une pince particulière, de forme circulaire, avec laquelle il saisit et tira à lui le squirrhe, après l'avoir mis à nu : il pratiquait sur chaque vaisseau qu'il rencontrait deux ligatures, entre lesquelles il opérait ensuite la section. L'hémorrhagie n'est d'ailleurs pas fort à craindre, suivant lui, sur-tout lorsqu'on ne détache pas la tumeur avec un bistouri, mais bien avec le doigt, ce qu'il est toujours possible de faire (1).

Quoique beaucoup de praticiens commençassent à douter de l'efficacité des moyens conseillés contre le cancer, et à fonder plus d'espoir sur l'opération, cependant il y en avait un grand nombre qui soutenaient l'opinion contraire. Barth. Cabrol vit repulluler un cancer contre lequel on avait mis le fer et le feu en usage (2). Jérôme Capivacci soutint avec chaleur une préparation arsénicale inventée par Fuchs pour combattre cette redoutable maladie (3). Claude Chapuis comptait aussi beau-

(1) *Cent.* I, *obs.* 89, *p.* 69; *cent.* II, *obs.* 78, *p.* 149, *obs.* 79, *p.* 150; *cent.* III, *obs.* 86, *p.* 266; *cent* VI, *obs.* 80. 81, *p.* 606.

(2) Alphabet anatomique. Genève, 1602.

(3) *Haller*, *Bibl. chir. vol.* I, *p.* 268.

coup sur les effets d'une ligature trempée dans une dissolution d'arsenic, et après l'application de laquelle il prétendait que la mamelle cancéreuse tombait sans aucun accident fâcheux ; il ne voulait pas qu'on appliquât d'arsenic sur le cancer lui-même, dans la crainte de causer l'empoisonnement; mais il conseillait de recourir à une dissolution de sublimé et de sel ammoniac dans l'eau forte, liqueur qui consume les chairs fongueuses; on couvre ensuite l'escarre de beurre, qui en accélère la chûte, et on traite la plaie avec l'onguent calciné de Paracelse pour la cicatriser (1).

Pierre Pigray conseille de recourir au cautère actuel, après l'amputation du cancer au sein, pour arrêter l'hémorrhagie : il assure avoir ramené à ses dimensions naturelles une mamelle énorme, quoique non cancéreuse, en la cautérisant à plusieurs reprises (2).

Fr. Ellain (3) et Denys Guérin (4) déclarèrent que le cancer est incurable, et qu'il ne peut céder qu'à l'operation; mais Pierre de la Poterie soutint qu'il avait guéri des squirrhes et des ulcères cancéreux aux mamelles par l'emploi des caustiques, et en particulier de la pierre infernale (5).

J. A. Lambert démontra combien il importe de ne laisser subsister aucune parcelle du cancer au sein, lorsqu'on l'ampute, en rapportant l'observation d'une femme qui ne tarda point à succomber après l'opération, dans laquelle on n'avait pu en-

(1) Traité des cancers, tant occultes qu'ulcérés. Lyon, 1607.
(2) *Epitome præceptorum medicinæ chirurgicæ. Parisiis*, 1612.
(3) *Ellain et S. a. Cubes, Diss. non ergo omnis cancer curabilis. Basil.* 1601.
(4) *Guerin et N. Girauld, Non ergo occulti cancri sanabiles. Paris.* 1611.
(5) *Insignes curationes. Venet.* 1615, *cent.* I.

lever complètement le mal, qui reparut plus violent encore qu'auparavant (1).

Marc-Aurèle Sévérin distingue du cancer et du squirrhe la strume du sein, tumeur ronde et roulante sous le doigt, qui se développe dans l'intérieur de la mamelle, n'apporte point de changement de couleur à la peau, et n'est pas accompagnée de varices. Il dit que Louis Mercado extirpa une tumeur semblable après l'avoir soulevée au moyen d'un fil passé dans son épaisseur (2).

Malgré les objections qui s'élevaient de toutes parts contre l'opération, et les nombreux remèdes qu'on proposait pour la cure du cancer, la chirurgie s'enhardissait chaque jour de plus en plus à employer des moyens énergiques contre cette cruelle maladie. Nicolas Tulp dit expressément qu'on doit amputer en toute diligence le cancer, parce qu'autrement il conduit le malade à la mort. Il vit un chirurgien de Leyde extirper avec beaucoup d'adresse une tumeur de ce genre avec le bistouri et les doigts. S'il reste une portion du mal après l'opération, on la consume avec le précipité rouge, en prenant bien garde de provoquer la salivation (3).

Th. Bartholin rapporte que Philippe Hacquart extirpa avec succès une mamelle cancéreuse qui était sur le point de s'ouvrir, que, quoiqu'il n'eût pas enlevé les glandes axillaires tuméfiées, l'engorgement disparut de lui-même par la suite, et que la maladie ne récidiva pas (4). Olaus Borrich dé-

(1) Les Commentaires et OEuvres chirurgiques. Marseille, 1677, ib. I, (3.e édition.)

(2) *De recond. absc. nat. lib.* I, *cap.* 7, *p.* 137, *lib.* IV, *cap.* 9, §. 10, *p.* 220.

(3) *Obs. med. lib.* I, *cap.* 53, *p.* 97.

(4) *Act. med. Hafn. ann.* 1671. 72, *Pars I*, *obs.* 27, *p.* 58.

crit différens cas analogues d'opérations dont l'issue fut heureuse (1).

Pierre Alliot causa beaucoup de sensation à cette époque, par le remède qu'il proposa pour guérir le cancer au sein. Borrich lui vit convertir un cancer déjà ulcéré en un ulcère simple et facile à guérir, par le moyen d'une poudre blanche dont il le couvrit (2). Alliot lui-même donnait cette poudre pour un alcali fixe et insoluble qui détruit les duretés cancéreuses peu à peu et sans douleur, mérite par conséquent la préférence sur le fer et le feu, réduit toutes les parties malades en escarres, mais respecte celles qui sont encore saines. Ce praticien croyait, au reste, que le cancer exsude des artères, et il prétend même avoir trouvé la racine d'une tumeur de cette nature, sous la forme d'une sorte de cordon nerveux arrondi (3). On ne tarda cependant point à reconnaître que le remède d'Alliot n'était autre chose qu'une préparation arsénicale, adoucie et masquée (4), ce qui fit qu'il tomba bientôt dans un oubli profond. Il paraît que ce fut avec un moyen analogue, ou peut-être aussi avec le même, que Samuel Formy vit un médecin étranger opérer des cures si brillantes dans le cancer des mamelles : il prétend avoir vu aussi la maladie céder au simple usage de l'eau de plantain et de rose (5).

Jean de Hoorne tantôt passait à travers la mamelle qu'il voulait extirper, deux fils croisés avec lesquels il la soulevait, tantôt aussi se contentait de la tenir avec la main, coupait ensuite la peau à la partie su-

(1) *Ibid. obs.* 72, *p.* 158.

(2) *Ibid. p.* 140.

(3) *Ergo phænomena carcinomatis ἀγνοστικῶς curari possunt, arcano alcali remedio. Parisiis.* 1665, — *Nuntius, profligati sine ferro et igne carcinomatis. Ibid.* 1665.

(4) *Fr. Blondel, Epistolæ ad Alliotum de curâ carcinomatis. Parisiis,* 1665.

(5) Rivière, Observations de médecine, obs. 20. 21, p. 631.

périeure, et introduisait dans l'incision le doigt qui lui servait pour détacher la glande du muscle pectoral, après quoi il coupait circulairement le restant de la peau et les graisses (1).

La méthode de passer deux fils en croix à travers la mamelle qu'on veut amputer, au moyen d'une longue aiguille, est beaucoup vantée aussi par Jean Scultet. Après s'être procuré de cette manière un soutien, il coupait d'un seul trait le sein derrière les fils avec un fort bistouri courbé sur son tranchant, et brûlait généralement la plaie avec une plaque de fer bien rouge (2). Cependant il finit par reconnaître lui-même que l'application préliminaire des fils était trop cruelle, de sorte qu'il inventa un bandage particulier à plusieurs chefs, pour saisir et tirer à soi la mamelle. Mais il recommande avec grande instance d'enlever soigneusement tout ce qui est atteint du cancer, et un triste exemple qu'il rapporte montre combien on doit craindre de laisser subsister la plus légère parcelle de ce dernier. Néanmoins il assure avoir procuré la fonte et la guérison d'un petit cancer occulte au sein, en faisant usage des caustiques (3).

Balthasar Timée de Guldenklée observa les bons effets des préparations saturnines, qui furent tant vantées depuis par Goulard, même dans le cancer. Il vit un cancer du sein demeurer pendant un an presque stationnaire par l'emploi de ces remèdes. Mais il eut recours à l'extirpation chez un malade atteint d'engorgement des glandes axillaires, et procura ainsi une guérison radicale (4). Jean Schmidt

(1) Μικροτέχνη, 1, *p.* 9.

(2) *Armam. chir. Pars* I, *p.* 22, *tab.* XIV, *fig.* 6. 7. 8. *Tab.* XXXVI, *fig.* 2. 3.

(3) *Ibid. Pars* II, *obs.* 44. 45. 46, *p.* 56

(4) *Casus medicinales. Lips.* 1662.

conseilla aussi, dans la même vue, l'application d'une plaque de plomb, converte d'onguent diapompholygos, comme un excellent palliatif (1).

Les moyens de cette espèce devaient acquérir des partisans plus nombreux, à mesure que l'on voyait se multiplier les observations constatant les dangers ou l'inutilité de l'amputation dans le cancer des mamelles. Or, à l'époque qui nous occupe maintenant, ces observations devinrent très-communes, soit parce qu'on pratiquait l'opération trop tard, soit parce qu'on l'exécutait mal. Ainsi on en trouve une dans Jean Muralto (2). Simon Schulze vit même la mort survenir après l'extirpation d'un simple tubercule mammaire, faite, à la vérité, avec maladresse par un charlatan (3). J.-N. Binninger rapporte un cas analogue (4), et Ehrenfried Hagedorn vit plusieurs fois la maladie récidiver après l'opération (5). On n'a donc point de peine à concevoir la crainte que cette dernière inspirait à plusieurs médecins du temps : Eberhard Goekel, par exemple, n'osa pas même extirper une petite verrue attachée au mamelon par un pédicule étroit (6), et Gabriel Clauder prescrit de ne jamais toucher au cancer des mamelles (7).

Cependant il ne manqua pas non plus de praticiens qui, jugeant avec plus de connaissance de cause et moins de partialité, déterminèrent exactement les cas dans lesquels on peut espérer un résultat heureux de l'opération, et ceux dans lesquels on doit, au contraire, s'abstenir de la pratiquer.

(1) *Eph. nat. cur. dec.* I, *ann.* 4. 5, *obs.* 141, *p.* 194.
(2) *Schr. von der Wundarzney. Barsel*, 1691.
(3) *Eph. nat. cur. dec.* I, *ann.* 8, *obs.* 21, *p.* 39.
(4) *Obs. et cur. med. Mumpelgard.* 1673.
(5) *Obs. et Hist. med. pract. Francof et Lips.* 1698.
(6) *Eph. nat. cur. dec.* II, *ann.* 8, *obs.* 66, *p.* 167.
(7) *Ibid. obs.* 209, *p.* 517.

On distingue parmi eux Corneille de Soolingen. Ce chirurgien blâme avec raison, et rejette, comme inutile, l'opération de Paul d'Egine, pour remédier au volume excessif des mamelles chez l'homme (1). Il veut que l'on respecte le cancer adhérent aux côtes, dans la crainte de l'exaspérer; mais quand il est mobile, et qu'il n'a pas trop de grosseur, après l'avoir traversé de deux fils disposés en croix, on l'excise avec un grand couteau un peu courbé et bien affilé, de dehors en dedans et de bas en haut; puis on arrête l'hémorrhagie avec le bouton de feu, ou avec des substances styptiques, et l'on panse la plaie avec des étoupes trempées dans du blanc-d'œuf. Au lieu des fils croisés, on peut encore se servir d'un grand bident, légèrement courbé, qu'on plonge dans le sein au-dessus du muscle pectoral, et derrière lequel on fait agir le couteau (2).

J.-B. Denis assure qu'un chirurgien, appelé Raulin, amputa plusieurs cancers des mamelles avec un plein succès, mais sans faire connaître son procédé (3).

M. G. Purmann soutint de tout son pouvoir que le fer est le seul véritable arcane contre le cancer, qu'aucun autre remède ne peut guérir cette affection, et que les caustiques sont de tous les moyens ceux qui nuisent le plus, de manière que quand les côtes ou les glandes axillaires sont encore intactes, on doit toujours opérer suivant le procédé de Scultet. Néanmoins Purmann modifia un peu cette méthode, en ce qu'il commençait par serrer le sein avec une forte ligature, passait ensuite à sa base deux aiguilles disposées en croix, et faisait, à ce qu'il

(1) *Handgr. de Wundarzney, Th.* II, *kap.* 2, *p.* 188.
(3) *Ibid. cap.* 4, *p.* 202. *Taf.* V, *fig.* 7. 8.
(2) Denis, Mémoires concernant les arts et les sciences. Amsterdam, 1682. Confér. 1.

paraît, l'incision entre la ligature et les aiguilles. Quelquefois aussi il négligeait ces dernières, et pratiquait la section, tandis qu'un aide soulevait le sein, en tirant à soi une anse de fil passée dans la ligature circulaire. Quant aux parcelles du cancer qui pouvaient avoir échappé au premier temps de l'opération, il les enlevait avec un bistouri boutonné. L'application du cautère actuel lui servait pour arrêter le sang. Il n'est pas porté en faveur de la dissection du cancer et des incisions successives faites avec lenteur, car il veut qu'autant que possible on enlève toujours la tumeur d'un seul coup (1).

Un chirurgien dont parle J. L. Fehr opérait de la même manière. En effet, il liait pendant plusieurs jours la mamelle, à sa base, avec un fort cordonnet de soie rouge, puis il la coupait de haut en bas, par plusieurs traits rapides de bistouri. Cependant Fehr pensait aussi qu'on ne doit pas se permettre de faire l'opération dans le cancer ulcéré, parce que le malade meurt immédiatement après, ou que la maladie récidive (2).

Denis van de Sterre (3) et Jean Muys (4) rapportent des exemples de plusieurs amputations de sein qui furent couronnées de succès, et pratiquées à-peu-près d'après la même méthode.

Antoine Nuck pense aussi qu'il existe bien des remèdes propres à adoucir le cancer et à en suspendre la marche, mais que l'opération seule peut le guérir. Cependant, comme elle n'a point toujours une issue heureuse, on ne doit pas non plus la faire à tout propos et sans examen. Nuck la pratiquait suivant la méthode de Scultet, ou bien, après avoir soulevé

(1) *Chirurg. Lorbeerkranz*, *Th.* II, *kap.* 6, *p.* 444.
(2) *Eph. nat. cur. dec.* II, *ann.* 10, *obs.* 76, *p* 133.
(3) *Genus en Heelkonstige practyc der medicynen. Amst.* 181.
(4) *Podalirius redivivus L. B.* 1684.

le sein avec un double crochet, il l'amputait avec un couteau en forme de faux. Quelques praticiens, dit-il, veulent qu'on coupe le sein en croix, et qu'on dissèque les glandes malades ; mais ce procédé fait perdre trop de temps, et ne procure aucun avantage réel. Jamais, ajoute-t-il aussi, on ne doit opérer lorsque la maladie s'est propagée aux parties voisines, et notamment aux glandes axillaires (1).

Jean Munniks répéta tout ce que les anciens avaient dit sur le cancer, ainsi que sur les moyens de le guérir, et cependant il rejeta tout-à-fait l'ustion de la plaie après l'opération (2).

Gauthier Harris, ennemi déclaré des opérations, et en général de la chirurgie active, fut le seul qui fit un précepte absolu de n'amputer le cancer des mamelles dans aucune occasion (3).

Le nombre des partisans de l'opération devenait donc chaque jour de plus en plus considérable vers la fin du dix-septième siècle. Adrien Helvétius ne fut pas un des derniers à se prononcer en sa faveur. A la vérité il croyait encore qu'on peut triompher d'un cancer qui débute, en faisant usage de caustiques légers; mais il soutint que, quand l'affection s'est établie dans une glande de manière à la convertir en un tubercule noueux, on ne peut se dispenser d'extirper cette glande; et que toutes les fois qu'un cancer est déjà complètement ulcéré, l'amputation totale du sein malade est la seule ressource sur laquelle on puisse fonder quelqu'espoir. Pour faire la première opération, Helvétius saisissait la glande avec une pince dont les mors tranchans se courbaient en arc l'un vers l'autre, et qui furent

(1) *Obs. et exp. chir. exp.* 30, *p.* 101.

(2) *Chirurgia ad praxin hodiernam adornata. Traj. ad Rhenum*, 1689, *lib.* I, *cap.* 23, *p.* 141.

(3) *Diss. med. et chir. Lond.* 1725, *diss.* 9.

pendant longtemps en usage sous le nom de *tenettes helvétiennes*. Quant à l'ablation de la mamelle entière, avant de la pratiquer, il saisissait cette dernière entre les branches d'une pince particulière (1).

Jean-Baptiste Alliot tenta de réfuter Helvétius, et de remettre en honneur, pour la guérison du cancer, l'alcali escarrotique de son père; mais il paraît que ses efforts n'eurent aucun succès (2).

En effet, quoique L. F. Deshayes-Gendron penchât plus pour les palliatifs que pour l'amputation, cependant il rejeta sans balancer toutes les substances âcres et cathérétiques, par conséquent aussi le remède d'Alliot (3).

Pierre Dionis soutint aussi que le meilleur moyen consiste à employer de bonne heure l'instrument tranchant, malgré qu'il crût à la possibilité de guérir un cancer qui commence. Si la tumeur ne consiste qu'en un squirrhe, dont le volume n'excède point celui d'un œuf, il faut, suivant Dionis, la mettre à nu en faisant une incision cruciale à la peau, la saisir avec les tenettes d'Helvétius, ou tout autre instrument semblable, et l'extirper entièrement. Ce praticien fait cependant observer que les engorgemens glandulaires du sein ne sont souvent rien moins que des squirrhes cancéreux, et qu'ils cèdent à l'emploi bien dirigé des fondans et des incisifs. Mais dès qu'un cancer devient ulcéré, ou qu'il occupe un grand espace, il faut toujours enlever la mamelle entière. Après avoir préparé le malade par des saignées, des purgatifs, des opiats, etc., on lui fait soulever et rejeter en arrière le bras du côté

(1) Traité des pertes de sang, et une lettre sur la guérison du cancer. Paris, 1691.

(2) Traité du cancer, etc., avec un examen du système de M. Helvétius. Paris, 1698.

(3) Recherches sur la nature et la guérison du cancer. Paris, 1700.

malade afin de rendre le sein plus saillant, et d'applatir le muscle grand pectoral; on passe à travers la tumeur une aiguille garnie d'un fil, dont on se sert pour la tenir; puis, avec un rasoir ou tout autre grand couteau, on coupe circulairement la peau, le long d'une ligne qu'on a d'abord tracée avec de l'encre; ordinairement alors la mamelle se détache avec la plus grande facilité. On laisse le sang couler en liberté, et, dans le cas seulement où l'hémorrhagie est trop abondante, on l'arrête, non par l'application du fer rouge, mais par celle d'une poudre astringente, ou du vitriol. Si quelques parcelles du cancer ont échappé au couteau, le meilleur moyen est de les détruire avec la poudre d'Alliot. Dans tous les cas, il faut continuer encore pendant long-temps de soumettre l'opéré au traitement interne que l'on administre aux personnes atteintes du cancer (1).

J. B. Verduc posa en principe qu'il faut extraire tous les engorgemens glandulaires, durs et chroniques, quelque petits qu'ils soient, avant qu'ils n'aient eu le temps de devenir cancéreux, et lier les vaisseaux dilatés qu'on peut rencontrer dans le cours de l'opération. Dans le cancer ulcéré, on ampute aussi la mamelle entiere, après l'avoir traversée avec des fils qui se croisent, et l'on ne doit pas craindre de couper même jusqu'aux côtes. Verduc dirigeait l'incision de l'extremité inferieure du sternum vers l'aisselle, comme étant l'endroit d'où proviennent les vaisseaux, et là il ménageait une petite étendue de parties molles, sur laquelle il appliquait du vitriol ou d'autres substances semblables; puis il exprimait les humeurs des bords de la plaie, et promenait légèrement le fer rouge

(1) Cours d'opérations de chirurgie, Dém. 5, fig. 28, p 381.

sur cette dernière. Tel est le procédé, dit-il, d'après lequel Maître Pimpernelle opéra trois femmes, dont l'une guérit, mais dont les deux autres succombèrent. Cependant il croit préférable la méthode des Allemands, des Hollandais et des Anglais, qui consiste à soulever le sein avec un bident ou une pince, et à l'amputer d'un seul trait, de bas en haut (1). D'ailleurs il pense que les sels volatils et le mercure doux, associés aux diaphorétiques, sont des moyens qu'on ne saurait trop recommander, les premiers dans le squirrhe, et le second dans le cancer (2).

Une seule observation, décrite à cette époque, annonce qu'on avait déja songé, après l'amputation du sein, à guérir la plaie par première intention. E. C. Gahrliep parle, en effet, d'un chirurgien berlinois qui, ayant cerné un carcinome de la mamelle par deux incisions dirigées de haut en bas, réunit ensuite les bords de la plaie à l'aide de cinq points de suture. Gahrliep blâme cette conduite, et attribue la mort de la malade à ce que la plaie fut refermée trop promptement, de manière qu'il ne put point s'écouler une quantité suffisante de sang (3).

Ce qui prouve, au reste, combien cette méthode trouva peu d'approbateurs, c'est que la plupart des chirurgiens qui ont écrit depuis sur leur art, n'en font pas mention, et continuent de ne décrire que les procédés usités anciennement. Ainsi de la Vauguyon conseille, comme Helvétius et Dionis, d'extirper le squirrhe, et de commencer par lier les vaisseaux, si l'on craint l'hémorrhagie. Pour amputer le sein tout entier, dans le cancer ulcéré, il se sert des tenettes d'Helvétius, ou du bident, et

(1) *Chirurg. Schrifften*, *Th.* I, *kap.* 15, *p.* 42.
(2) *Ibid. Th.* II, *Pathol. chir. cap.* 28, *p.* 168.
(3) *Eph. nat. curios. dec.* III, *ann.* 5. 6. (1698), *obs.* 163, *p.* 370.

d'un grand couteau courbe, qu'il conduit immédiatement au-devant des côtes. Il lui paraît trop cruel de passer des aiguilles au travers de la tumeur, mais il croit très-convenable de laisser couler le sang en toute liberté, et il ne réprime l'hémorrhagie, avec des boulettes de charpie, saupoudrées de vitriol, que quand son abondance finit par la rendre inquiétante (1).

Godefroi Bidloo, qui vit la mamelle d'un homme se gonfler, à la suite d'un coup, et devenir aussi volumineuse que celle d'une femme qui allaite, assure également avoir amputé plusieurs cancers avec succès, de la manière suivante. Il plaçait une pelote sous l'aisselle du côté malade, faisait porter le bras derrière le dos, saisissait le sein, et le serrait fortement à sa base avec une ligature. Après ces préliminaires, il plongeait le bident ou un stylet au-devant ou à travers l'épaisseur du muscle grand pectoral, soulevait la ligature, et coupait la mamelle de haut en bas avec un grand rasoir. Quant à l'hémorrhagie, qui est peu considérable, parce qu'on ne divise que des vaisseaux d'un petit calibre, il l'étanchait avec de la charpie, du gypse et du foie de veau brûlé. L'affection simultanée des glandes axillaires, est, suivant lui, un symptôme de très-mauvais augure, parce qu'elle présage presque constamment une récidive. Ce qui prouve d'ailleurs que Bidloo regardait l'opération comme étant toujours d'une nécessité urgente, c'est qu'il dit expressément qu'aucun remède n'a la vertu de fondre ni de faire aboutir le squirrhe (2).

Cependant Th. Beckett prôna encore, chez les Anglais, un arcane, prétendu dissolvant, contre le

(1) Traité complet des opér. de chirurgie, ch. 17, p. 163.
(2) *Exerc. anat. chirurg. dec.* II, *p.* 157.

cancer, avec lequel il prétendait avoir opéré de grandes cures. Il assurait aussi que l'ichor cancéreux dont il avait goûté, n'était nullement âcre, mais possédait la propriété contagieuse. Ni l'arsenic, ni le mercure, à l'extérieur, ni aucun autre remède donné à l'intérieur, ne pouvait, disait-il, faire ce qu'opérait son dissolvant (1). Mais, malgré toute sa jactance, Beckett ne parvint pas plus à en imposer aux chirurgiens instruits que tant d'autres qui avaient proposé avant lui ou qui vantèrent depuis des remèdes analogues.

On ne peut guère douter que Jean Palfyn n'ait pris quelquefois des engorgemens benins pour des affections cancéreuses, puisqu'il assure qu'à son début le cancer est curable, mais qu'on a beaucoup de peine à le reconnaître, tandis que plus tard il résiste à tout traitement. Cet écrivain suit du reste Dionis et ses autres prédécesseurs. Après avoir coupé la peau en croix, il extirpait le squirrhe de bas en haut, afin de ne pas être gêné par le sang. Dans le cancer ulcéré, il amputait la mamelle toute entière avec les instrumens et d'après les procédés dont nous avons déjà parlé; mais il voulait qu'on cautérisât les petits tubercules situés immédiatement sous la peau (2).

Laurent Heister avait coutume de recourir sans délai à l'amputation d'un sein frappé de cancer ulcéré. Dans un cas de cette espèce, chez une femme dont la mamelle avait acquis un volume énorme, il abattit la tumeur avec un grand couteau ordinaire à amputation, en la coupant rapidement de bas en haut, et arrêta l'hémorrhagie par le moyen de l'a-

(1) *De cancro. London*, 1712.

(2) *Abhandlung von den vornehmsten chirurg. Operationen, Th.* I, *kap.* 22, *p.* 371.

madou et de la compression (1). Il établit en thèse générale, que toutes les fois qu'on peut enlever le cancer entier sans danger, on doit accorder la préférence à l'opération sur tous les autres moyens, et ne pas perdre un temps précieux à essayer inutilement les résolutifs. Heister disséquait le squirrhe après avoir fait une incision cruciale à la peau, qu'il enlevait cependant aussi lorsqu'elle se trouvait malade. Si les glandes axillaires sont engorgées, on doit s'abstenir de toute opération. A plus forte raison faut-il y renoncer quand l'affection a gagné les muscles pectoraux, dont on ne pourrait enlever une portion sans danger. Heister passe en revue tous les instrumens connus pour saisir la mamelle; mais, de tous les moyens, celui qu'il employait le plus volontiers, c'était la main seule (2).

Antoine Deidier attribue principalement l'issue heureuse d'une amputation du sein, à la diète lactée qui fut prescrite après l'opération. Il prodigue aussi de grands éloges à l'arsenic, mais plutôt dans le cancer de la face, que dans celui des mamelles (6). Jean-Ch. Stisser (4), Jean Kanold (5), G.-E. Berner (6) et C. Richa (7), écrivains de la même époque, rapportent également des exemples de cancers du sein amputés avec le plus grand succès.

Guillaume Chéselden paraît être le premier qui ait songé à ménager la peau dans l'ablation du sein

(1) *Diss. de optimâ cancri mammarum exstirpandi ratione. Altorf.* 1720. — Dans *Haller*, *Diss. chir. vol.* III, *p.* 509.

(2) *Chirurgie*, *Th.* I, *Buch.* 4, *kap.* 15. 16, *p.* 291. *Th.* II, *kap.* 97, *p.* 505.

(3) Dissertation sur la nature et guérison des tumeurs. Paris, 1725.

(4) *Obs. varii argumenti.* (Sans date ni lieu d'impression.)

(5) *Breslauer Sammlung der Natur- und Mediçin- Geschichte*, 1717, *Th.* II.

(6) *De æris efficaciâ. Amst.* 1738.

(7) *Morborum vulgarium historiæ. Turin.* 1721.

entier. Au lieu de couper directement, comme ses prédécesseurs, il n'enlevait qu'un lambeau elliptique des tégumens, disséquait la masse glandulaire, et la faisait sortir par cette large ouverture (1).

Mauquest de la Motte n'avait pas beauconp de confiance dans l'amputation chez les femmes atteintes du cancer des mamelles. Appelé auprès d'une dame dont le sein offrait une tumeur qui commençait à prendre le caractère cancéreux, et jusque sous le bras de laquelle on voyait se répandre des veines dilatées, il lui conseilla de ne rien faire du tout : cette personne périt au bout de trois mois, comme il l'avait annoncé. Il parle même d'une opération malheureuse faite par le frère Cosme, qui pratiquait cependant cette branche de la chirurgie avec éclat (2).

Garengeot prescrivit, non-seulement de ménager la peau dans l'amputation du sein, mais encore de faire tout son possible pour s'opposer à la suppuration, qu'on avait, au contraire, cherché jusqu'alors à favoriser, et, dans cette vue, de réunir les bords de la plaie par première intention. La méthode de passer soit des fils, soit des aiguilles dans le sein, et celle de le serrer entre les mors d'une pince ou de tout autre instrument semblable, lui paraissant trop cruelles, il les rejette sans balancer. Il saisissait la tumeur avec la main gauche, la tirait à soi pour l'écarter du muscle pectoral, et, prenant un bistouri légèrement recourbé de la main droite, il coupait la peau et les graisses sous-jacentes, en commençant l'incision à l'endroit où il lui paraissait le plus commode de la faire, et lui donnait une forme plutôt elliptique que ronde : ensuite il déta-

(1) *Observations and a felt of instruments*, 1749. — Comp. *Haller*, *Bibl. chirurg. vol.* II, *p.* 24.

(2) Traité complet de chirurgie, vol. I, obs. 112, p. 5.

chait circulairement la masse glandulaire de la peau, l'enlevait, et rapprochait les lèvres de la plaie par quelques points de suture. C'est suivant lui la réunion immédiate qui empêche les récidives, tandis qu'elles sont très-communes lorsqu'on permet à la suppuration de s'établir. Quant aux engorgemens bornés et aux glandes squirrheuses, il les extirpait comme des tumeurs enkystées (1).

Vers cette époque, Gérard Tabor fit connaître un nouvel instrument avec lequel il avait vu un chirurgien d'Amsterdam, nommé Hartmann, pratiquer très-rapidement l'amputation du sein. Cet instrument est composé de deux demi-cercles en métal, réunis en haut par une charnière, et garnis d'un manche à leur partie inférieure. A cette charnière se trouve également adapté un couteau demi-circulaire qui peut être conduit le long d'une fente de chaque demi-cercle. Hartmann liait la base de la tumeur aussi étroitement que possible, la soulevait avec les tenettes d'Helvetius, appliquait sur elle son instrument qu'il fermait, et, après avoir retiré la ligature, coupait toutes les parties embrassées par les demi-cercles, en appuyant sur le couteau (2). Cette méthode cruelle et très-douloureuse, qui ne permet pas de ménager la peau, ne pouvait plus convenir dans un temps où Petit enseignait, et où Chéselden ainsi que Garengeot venaient de publier leurs ouvrages : cependant H. Vylhoorn revendiqua l'honneur de la découverte,

(1) Traité des opérations de chirurgie, (2.de édit. Paris, 1731), vol. II, chap. 7, art. 1, p. 419.

(2) *Diss. de cancro mammarum ejusque exstirpandi novâ methodo. Francof. ad Mænum*, 1721. — Dans *Haller*, *Dissert. chirurg. vol.* II, p. 449.

et prétendit l'avoir communiquée à Tabor (1). Heister prodigua encore, un peu plus tard, des éloges à l'instrument d'Hartmann (2), et Henri Bass l'éleva bien au-dessus des pinces, des bidents et des autres instrumens semblables, dont il condamna l'emploi (3).

Jusqu'à présent on n'avait eu égard à l'engorgement des glandes axillaires, dans le cancer des mamelles, que pour prescrire de renoncer à l'opération toutes les fois qu'il existe; mais nulle part on ne trouvait d'instruction précise sur la manière d'enlever ces glandes par une opération chirurgicale. Ce fut Jean-Louis Petit qui remplit le premier cette lacune. Avant de pratiquer l'ablation du sein, dit-il, on doit bien s'assurer de l'état des glandes axillaires, et commencer par les extirper dans le cas où elles seraient squirrheuses. Pour y parvenir, on les presse entre les doigts afin de les rendre aussi saillantes que possible, on enfonce le long du doigt un bistouri jusques dans la glande elle-même, et on fait une incision suffisamment étendue à la peau en retirant l'instrument tranchant : après quoi on enlève la glande avec les doigts, ou bien on l'accroche avec une érigne, et on l'excise après avoir lié les vaisseaux qui s'y rendent. Si la glande est voisine du sein, on peut se contenter d'une seule incision, qu'on prolonge jusqu'à elle; mais si elle s'est formée dans l'aisselle, il faut faire deux plaies. Dans tous les cas, on enlève avec le plus grand soin tout le tissu adipeux malade qui entoure la glande. Quelquefois aussi Petit extirpait des glandes

(1) Dans sa traduction hollandaise d'Heister. — Comp. *Haller*, *Diss. chirurg.*, *vol.* II, *p.* 146.

(2) *Institutiones chirurgicæ. Amstelod.* 1739, *Pars* II, *sect.* 4, *cap.* 107, *p.* 740, *tab.* XXIII, *fig.* 3. 4.

(3) *Erlaeuterter Nuck*, *p.* 212.

lymphatiques dans le sein même, après avoir pratiqué une incision longitudinale. Si les duretés sont faciles à enlever avec le doigt, presque toujours le succès couronne l'opération. Dans certains cas, il se forme autour des glandes engorgées une espèce de kyste, qui adhère aux parties voisines, et qu'il faut enlever, sans chercher à ménager ces dernières. On ne procède à l'amputation du sein lui-même qu'après avoir extirpé toutes les glandes qui l'entourent, même les jugulaires et les sous-clavières. Au lieu du grand couteau à amputation, on prend un bistouri ordinaire légèrement courbe, qu'on enfonce perpendiculairement à l'origine de la tumeur, et auquel on fait ensuite décrire une ligne circulaire ou elliptique, en soutenant la mamelle avec la main droite, de manière à cerner un lambeau de peau qui ait à peu près trois pouces de diamètre. Ensuite on passe le doigt de la main gauche sous la masse glandulaire dégénérée, on la soulève, et on la dissèque avec l'attention de bien enlever tout ce qui peut être malade, sans même épargner le muscle pectoral, s'il se trouve attaqué. L'hémorrhagie n'a rien qui soit capable d'effrayer : on rapproche les lèvres de la plaie, et on panse celle-ci à sec. Petit a rarement été obligé de recourir à la ligature pour arrêter le sang, mais il vit mourir deux femmes chez qui le fluide suintait de toute la surface de la plaie : ces deux femmes étaient sans doute scorbutiques (1).

Henri-François Le Dran se conforma, en général, aux préceptes de Petit. A la vérité, il croit qu'on peut procurer la fonte du squirrhe lorsqu'il ne fait encore que débuter, mais il pense aussi qu'en toute autre circonstance, l'opération est la

(1) Traité des maladies chirurgicales, vol. I, ch. 4, §. 7, p. 223.

seule ressource. Il extirpait les squirrhes partiels avec les doigts, après avoir fait une simple incision à la peau : mais toutes les fois que l'engorgement présentait une masse un peu volumineuse, il amputait le sein entier. Quand la mamelle avait assez de grosseur, il la faisait tenir par un aide ; dans le cas contraire, il se servait des tenettes d'Helvétius ; puis, la main armée d'un long bistouri ou d'un rasoir, dont la lame était fixée au manche, il faisait, sur la tumeur, et dans la partie saine de la peau, une incision longue de trois ou quatre pouces, qui atteignait jusqu'au muscle pectoral : alors il disséquait la masse glandulaire, à la partie inférieure de laquelle il coupait également ensuite la peau. Quant aux glandes axillaires, il les extirpait de la même manière ; mais si elles se trouvaient sous de gros vaisseaux, il en faisait la ligature. Lorsque le cancer était déjà ulcéré, ou qu'il adhérait au muscle, ordinairement la maladie récidivait au bout de dix ans, et cette fois tout échouait contre elle, instrumens tranchans et caustiques (1). Il paraît néanmoins que Le Dran ne craignit plus autant la réapparition du cancer dans la suite, puisqu'il assura que fort souvent on ne voyait point la maladie renaître, malgré qu'on s'y attendît à chaque instant. Ainsi Malaval extirpa les deux seins d'une femme l'un après l'autre, et Le Dran lui-même, dans une opération de ce genre, enleva les graisses qui étaient entièrement dégénérées sous le musle pectoral, du côté de l'aisselle : chez les deux malades néanmoins, l'opération eut un plein succès. Mais si les glandes sont engorgées, on peut présumer que la maladie renaîtra, parce qu'il a déjà trop passé de virus cancéreux dans la masse du sang. Il n'en faut pourtant

(1) Traité des opérations de chirurg. p. 375.

pas moins amputer alors, sur-tout lorsque l'engorgement est peu considérable, parce que s'il y a quelque chance de salut, elle n'existe que dans l'opération. Le Dran l'aîné a trouvé, dans beaucoup de cas, fort utiles les cautères établis sur la cicatrice même : Manne en ouvrait aux quatre membres (1).

Malgré que l'exemple et les préceptes de ces praticiens diminuassent insensiblement les craintes que l'opération avait inspirées jusqu'alors, malgré que P.-A. Lepy (2), A.-J. Seron (3), J.-M.-F. de la Sone (4), et beaucoup d'autres encore, s'efforçassent d'en faire ressortir les avantages et la nécessité absolue, cependant elle ne manqua pas non plus de détracteurs qui la rejetèrent absolument, parce qu'ils l'avaient vue souvent prendre une terminaison fatale. J.-T. Eller rapporte un de ces cas malheureux (5). Alexandre Monro l'ancien, se montra l'un des ennemis les plus ardens de l'ablation du sein : non-seulement il vit la simple ouverture des collections sanguines dans les mamelles cancéreuses entraîner presque toujours la mort, mais encore il assure que sur soixante personnes qui furent opérées en sa présence, il ne s'en trouva pas plus de quatre qui, au bout de deux années, n'eussent point éprouvé de récidive : chez toutes les autres, la maladie reparut, elle fit même des progrès bien plus rapides, et devint beaucoup plus maligne que chez les femmes qui n'avaient point subi l'opéra-

(1) Mém. de l'Acad. de chir. vol. III, p. 18.

(2) *Lepy et Bernard*, *Ergo cancri mammæ ferro tutior, quam causticis ablatio*. Paris, 1744.

(3) *Seron et Boulland*, *Ergo cancri mammæ sectio*. Paris, 1735.

(4) Dans *la Collect. diss. et quæst. Paris. ann.* 1739. *agit.* — *Haller*, *Bibl. chir. vol.* II, *p.* 217.

(5) *Nuetzl. und auserlesene Anmerk. von Krankh. in der Charité zu Berlin*; *Berlin*, 1730.

tion (1). Nous reviendrons plus tard sur la cause présumable de cet insuccès. M. Reneaulme écrivit aussi une dissertation pour prouver les inconvéniens de l'ablation du sein (2).

Mais Claude-Nicolas le Cat remporta, en 1739, le prix pour un mémoire dans lequel il fit un précepte rigoureux de l'amputation des mamelles cancéreuses, même lorsque le cas est désespéré. Le mauvais succès de l'opération lui paraissait dépendre principalement du peu de soin qu'on avait de réunir les bords de la plaie par première intention, afin qu'elle ne suppure pas; aussi recommanda-t-il avec beaucoup d'instance de ménager autant que possible la peau. L'adhérence du cancer au muscle pectoral ne l'empêchait pas d'enlever toutes les parties désorganisées; mais un cancer adhérent au sternum repullula, malgré qu'on eût détruit la tumeur toute entière (3).

Vacher combattit Le Dran : l'extirpation du cancer lui paraissait également être toujours le meilleur moyen à employer, mais il soutint qu'il n'y a rien de plus dangereux que de ménager la peau, parce que fort souvent c'est dans la portion des tégumens qu'on respecte, et dont la texture interne se trouve altérée, que réside, à proprement parler, le germe des récidives. D'après ce principe, il prescrit d'extirper le cancer occulte, qui n'est encore que sous la forme d'une simple glande isolée, en ménageant le restant de la mamelle; mais il veut aussi que, dans le cancer ulcéré, on ampute le sein tout entier avec la peau qui le couvre. Il rapporte, à l'appui de sa doctrine,

(1) *Saemmtl. Werke. — Richter's Chir. Bibl. Th.* VI, *n.*° 4, *p.* 650. — *Acta Edinburg. ed.* 1752. *Supplem.*

(2) *Non ergo mammæ καρκινῶμα sectione curandum.* Paris, 1752.

(3) *Haller, Bibl. chir. vol.* II, *p.* 176.

plusieurs cas d'opérations dont les unes furent couronnées de succès, tandis que les autres eurent une issue funeste (1).

Faget opéra heureusement de cette manière : ayant rencontré une mamelle carcinomateuse, d'un volume considérable, il abattit la tumeur de haut en bas, en coupant beaucoup de peau et de graisse, ainsi qu'une grande portion du muscle pectoral. Quant à l'hémorrhagie, il se borna, pour l'arrêter, à comprimer les vaisseaux avec le doigt, et à se servir d'alun (2).

Cependant Samuel Sharp, qui extirpait les petits squirrhes après avoir fait une simple incision longitudinale, et les volumineux après avoir excisé un lambeau ovalaire des tégumens, recommanda aussi de ménager autant que possible ces derniers, lorsqu'on ampute le sein tout entier. Il prescrivit de faire toujours l'incision de la peau beaucoup plus petite que la base de la tumeur à extirper, de détacher celle-ci, avec beaucoup de prudence, du muscle pectoral, et de s'abstenir de l'opération si elle adhérait à ce muscle ou aux côtes. Lorsqu'il existe des glandes engorgées sous les aisselles, on doit aussi les extirper, ou bien il ne faut point opérer. Sharp détacha plusieurs fois de pareilles glandes avec succès, malgré que divers praticiens prétendissent qu'on ne pouvait le faire qu'en lésant les gros vaisseaux. Après l'opération il lavait la plaie avec de l'eau tiède, afin de découvrir les vaisseaux qui fournissaient du sang, et de pouvoir les lier (3).

Parmi les charlataneries dont quelques médicas-

(1) Dissertations sur le cancer des mamelles. Besançon, 1710.
(2) Mém. de l'Ac. de chir. vol. I, p. 681.
(3) *Treatise on the oper. of surgery*, *ch.* 24, *p.* 131.

tres se servaient encore pour guérir le cancer sans opération, on distingue particulièrement les suivantes. H. A. Gerlach soutenait qu'il est très-possible d'obtenir la guérison, même d'un cancer déjà ulcéré, pourvu que le virus ne soit pas encore passé dans le sang : mais qu'il faut pour cela le convertir de nouveau en squirrhe, et qu'il existe bien certainement des moyens capables de produire cet effet (1). O. P. Braun prétendait avoir trouvé une efficacité merveilleuse à l'eau de frai de grenouilles et à d'autres moyens analogues (2). Certains, par exemple, L. M. Dieterich, fondaient beaucoup d'espérance sur les propriétés du quinquina (3). G. Dowman, qui voulait qu'on n'extirpât que les cancers partiels ayant la dureté de la pierre, pensait qu'on peut convertir la tumeur en un ulcère de bon caractère, par l'usage des antimoniaux et des préparations mercurielles (4). Fr. Imbert vanta l'eau de Goulard contre le cancer au sein, chez l'homme, qu'il est fort rare d'observer (5), et J. M. Quadro, indépendamment des bains et des lotions, exalta les propriétés d'un emplâtre fondant, dont il ne divulgua point la composition (6).

Mais de tous ces moyens celui qui a fait le plus de bruit est la ciguë, dont Stœrk a tant vanté l'administration soit à l'intérieur soit à l'extérieur (7), et à la suite de laquelle Nath.-Jos. Pallucci vit un

(1) *Eph. nat. Cur. vol* VII, *App. p.* 39.
(2) *Anleitung zur Krebscur ohne Schnitt. Ulm*, 1744.
(3) *De usu cort. peruv. in cancro mammæ exulcerato. Ratisb.* 1746.
(4) *On the nature, causes and signs of a scirrhus, etc. London*, 174[illegible]
(5) *Tract. de tumoribus humoralibus. Monspel.* 1759.
(6) *Nuovo metodo per curare il canchero coperto. Venez.* 1750.
(7) *Libellus, quo demonstratur, cicutam remedium in multis morbis esse, qui hujusque curatú impossibiles dicebantur. Viennæ*, 1760. — *Libellus secundus*, 1761. — *Supplem.* 1761.

cancer tomber, mais le malade périr (1). Cependant l'insuffisance de ce moyen ne tarda pas à être démontrée par Jacques van der Haar, qui prouva que Stoerk n'avait guéri, en le donnant, que des abcès et des engorgemens scrophuleux des mamelles, mais pas un seul véritable cancer, et qu'il l'avait par conséquent recommandé d'une manière beaucoup trop illimitée, puisque le squirrhe et le cancer résistent constamment à tous les remèdes qu'on peut leur opposer (2). Un anonyme essaya bien de démontrer qu'il y a des squirrhes et des cancers incurables, tandis que d'autres sont susceptibles de guérison, et qu'ainsi Van der Haar avait eu tort de rejetter entièrement l'usage de la ciguë (3); mais Antoine de Haen le réfuta bientôt, et déclara qu'il regardait aussi ce moyen comme entièrerement inutile dans les maladies en question (4). Il ne put cependant pas empêcher qu'on ne le recommandât, pour ainsi dire, de tous côtés, ce qui fournit matière à diverses contestations (5).

Ange Nannoni rejetait tous les remèdes internes, et extirpait le plus tôt possible les squirrhes, sans chercher à les détruire par l'application d'aucun caustique. L'amputation du sein est à ses yeux le seul moyen qu'on puisse employer contre le cancer. En exécutant cette opération, il ménageait aussi la peau, afin de pouvoir reunir la plaie par première intention : il conseille également d'en rapprocher les lèvres par la suture, mais sans faire de cette dernière un précepte indispensable à observer (6).

(1) *Ratio facilis atque tutá, curandi narium polypos. Viennæ*, 1763.

(2) *Verhandeling over de natuur en aart van de klier-knost en kanker. gezwellen. Amsterdam*, 1761.

(3) *Agnomastix Apologia Haariana. Anist.* 17...

(4) *Epistola de cicutá. Viennæ*, 1765.

(5) *Trattato chirurgico delle malattie delle mammelle. Firenze*, 1746.

Un grand nombre d'observations qu'il rapporte, et dont l'issue fut heureuse, annoncent l'excellence de sa méthode (1).

Pallucci prouva que les poudres styptiques et la compression ne suffisent pas toujours pour arrêter le sang après l'hémorrhagie, et qu'il faut la plupart du temps recourir à la ligature, parce que les artères ont augmenté beaucoup de calibre. Cet écrivain donna plusieurs exemples d'amputation des mamelles faite avec succès par Morand (2).

D. G. Triller convint bien qu'on doit amputer un cancer au sein, lorsqu'il est encore récent, isolé et simple, mais il soutint que dès qu'il a acquis une certaine ancienneté, presque toujours il reparaît, même après l'opération, comme le prouvent un grand nombre d'exemples, parce qu'à cette époque la masse entière des humeurs se trouve déjà trop infectée. Il ajouta que quand la maladie ne se déclare pas de nouveau à la même mamelle, on la voit en général se jeter sur l'autre, ou même sur la matrice (3). L. M. Pousse voulait qu'on réitérât l'ablation du sein, lorsque l'affection s'y rencontrait (4); mais J. Cl. Munier s'éleva contre lui, en disant que si le cancer renaît après avoir été radicalement extirpé, une seconde opération ne sera point dans le cas d'empêcher une seconde récidive (5).

L'attention commença dès-lors à se porter de

(1) *Trattato chirurg. sopra la simplicità di medicare itmali d'attenenza alla chir. Firenze*, 1761.

(2) Nouvelles remarques sur la lithotomie, suivies de plusieurs observations, ... et sur l'amputation des mamelles. Paris, 1750.

(3) *Triller et Titius*, *Diss. de nociva cancri inveterati exstirpatione. Viteb.* 1752. — *Haller*, *Diss. chir. vol.* II, *p.* 473.

(4) *Pousse et Alleaulme*, *Ergo tumoris cancrosi*, *radicitus ablati regeneratio*, *rursùs chirurgiæ tradenda. Paris*, 1750.

(5) *Munier et Manduyt*, *Ergo tumoris cancrosi*, *radicitus exstirpati regeneratio*, *non rursus chirurgia committenda. Paris*, 1750.

plus en plus sur l'état squirrheux des glandes axillaires; mais l'engorgement de ces organes ne fut point considéré comme une circonstance capable de mettre obstacle à l'opération : au contraire, on insista presque généralement sur la nécessité de les extirper en même temps que la mamelle. Dans un cas où toutes les glandes du sein et de l'aisselle étaient entièrement squirrheuses, J. Warner saisit la mamelle de la main gauche, y fit une incision demi-circulaire qui s'étendait jusqu'au muscle pectoral, détruisit quelques adhérences de la tumeur avec ce dernier, opéra ensuite la section de la partie inférieure des tégumens, et enleva de cette manière la masse squirrheuse; puis il dirigea une incision longitudinale vers l'aisselle, et extirpa les glandes en coupant un très-gros vaisseau qui s'y rendait, mais il lui suffit d'un peu d'agaric de chêne pour arrêter l'hémorrhagie. La femme se trouva parfaitement guérie au bout de neuf semaines (1).

Fr. de la Peyronie pratiquait l'amputation du sein de la même manière; il coupait la moitié de la peau, détruisait les adhérences de la glande, soit avec le doigt, soit avec le bistouri, et achevait ensuite de détacher la tumeur en dessous (2).

J. Z. Platner aima mieux se traîner sur les traces des anciens, que de suivre celles des modernes. Lorsqu'il avait un squirrhe à extirper, il coupait la peau tout autour ou en croix, soulevait la tumeur avec les tenettes d'Helvétius, avec des fils qu'il passait au travers, ou avec les doigts, et la détachait ensuite à l'aide de ces derniers. Ce procédé lui paraissait excellent pour détruire jusqu'aux moindres racines du mal, et pour prévenir une hémorrhagie redoutable. Lorsque la mamelle était

(1) *Cases in surgery*, *case* 41, *p.* 152.
(2) *P. P. Tanaron*, *Trattato di chirurgia. Firenze*, 1754, *vol.* II.

toute cancéreuse ou adhérente au muscle pectoral, il l'amputait entièrement, sans ménager même les fibres charnues (1).

Malgré que G. Heuermann fût convaincu que l'opération est d'une nécessité absolue, et que c'est le seul moyen pour guérir sûrement le cancer, cependant, éclairé par divers exemples, il croit pouvoir établir qu'elle ne convient pas dans tous les cas, lorsque la tumeur est ulcérée. Il extirpait les squirrhes à la manière de Platner : seulement il rejetait l'incision cruciale, et coupait la peau après y avoir fait un pli. Tous les instrumens imaginés pour enlever le sein entier, ne lui paraissaient pas moins inutiles que la précaution de commencer par inciser la moitié seulement de la peau, et de ne couper l'autre qu'après avoir disséqué la glande elle-même. Armé d'un bistouri ordinaire, il faisait d'abord une incision circulaire, puis il détachait la masse glandulaire de bas en haut. A la vérité, il ne prescrit pas de réunir les bords de la plaie par première intention, mais il avertit de ne point mettre les suppuratifs en usage, et il conseille de rapprocher chaque jour de plus en plus les lèvres de la division avec des bandelettes agglutinatives. Il ne dit pas un seul mot des glandes axillaires (2).

Dans un cas, Benjamin Gooch ne craignit pas de fendre le muscle grand pectoral pour atteindre ces glandes, dont il en extirpa ensuite dix-neuf. Ce praticien amputa plusieurs fois le sein avec un succès varié. Il n'a point fait de changement notable aux procédés opératoires déjà connus (3).

(1) *Instit. chirurg. rat.* §. 268, *p.* 159.

(2) *Abhandlung von den vorn. chir. Op. Th.* II, *kap.* 20, §. 479, *p.* 301.

(3) *Cases and practic. remarks in surgery. — A practical treatise on wounds*, *vol.* II. *Norwich*, 1767.

Olef Acrel ne s'écarta pas non plus beaucoup des anciennes méthodes. Il assure avoir été fort souvent dans une grande incertitude sur la nature des nodosités mammaires, parce qu'il en avait vu plusieurs, d'un caractère en apparence très-mauvais, guérir spontanément, tandis que d'autres, qui semblaient insignifiantes, dégénérèrent, malgré tous les remèdes, en d'affreux cancers. Il extirpa une de ces nodosités après avoir fait une incision en T, amputa dans le même temps le mamelon qui était malade, et guérit promptement la plaie. Mais, chez une seconde femme, l'autre sein se prit après l'opération : il suffit cependant de le tenir bien chaudement pour faire disparaître la tuméfaction. Acrel expérimenta qu'on peut opérer avec succès, pour la seconde fois, dans un cas de récidive : une femme qui avait eu le sein amputé six ans auparavant, vint le trouver pour subir une nouvelle opération, rendue nécessaire par la réapparition de la tumeur, avec laquelle il fut même obligé d'enlever quelques portions du muscle pectoral (1). Une glande axillaire engorgée se trouvait cachée toute entière sous le tendon du muscle grand dorsal : Acrel la mit à découvert par une incision cruciale, passa des fils à travers, et l'enleva en la cernant avec le bistouri ; cependant comme sa base reposait immédiatement sur les vaisseaux axillaires, il fut obligé d'y appliquer une ligature, et d'en attendre la chute ; la plaie ne tarda pas à se cicatriser ; mais, au bout de trois ans, il reparut une nouvelle tumeur, qu'Acrel n'osa point extirper. Ce chirurgien lia aussi une excroissance volumineuse dans l'aisselle, sans fendre la peau (2). Plus tard, il se prononça en faveur de

(1) *Chirurgiska haendelser*, p. 200.
(2) *Ibid.* p. 232.

l'amputation du sein, par la raison que tous les moyens échouent contre le cancer (1).

Tandis que les meilleurs chirurgiens de l'Europe s'efforçaient de démontrer combien il est avantageux de ne point différer l'amputation des cancers et des glandes cancéreuses, divers médecins ne se lassaient point, d'un autre côté, de prodiguer des éloges pompeux à des remèdes plus doux, qui possédaient, suivant eux, la propriété de guérir cette maladie. Beaucoup de praticiens continuaient de regarder la ciguë comme un excellent fondant pour combattre le cancer des mamelles. Le mercure doux réussit, suivant G. Norford, à procurer la guérison d'un fongus cancéreux au sein (2). R. Guy prétendit avoir découvert un arcane bien plus efficace encore que la ciguë, et dont les bons effets avaient été reconnus dans cent occasions différentes. (3). La réputation de la ciguë pâlit bientôt devant celle de la belladone, que vantèrent surtout Amoreux (4) et Marteau (5). L'arsenic lui-même, combiné avec la renoncule et le soufre, jouait un grand rôle dans le remède de Plunkett contre le cancer des mamelles (6). Enfin, Fr. X. de Mar, qui possédait aussi un remède secret pour traiter cette affection, assurait qu'on ne peut en attendre de succès qu'autant qu'on convertit d'abord le squirrhe en cancer ulcéré (7).

(1) *Diss. on nodwaendigheten och færmoner af de chirurgiska handelagens. Stockholm*, 1767.

(2) *Essay on the general method of treating cancerous tumours. London*, 1753.

(3) *Essays on scirrhous tumours and cancers. London*, 1759. — *Practical observations on cancerous and disorders of the breast. London*, 1762.

(4) Journal de médecine, vol. XVIII.

(5) *Ibid* vol. XIV.

(6) *R. Dossie, The theory and practice of chirurgical harmacy. London*, 1761.

(7) *De cancro et spinâ ventosâ, curabilibus per medicinam hactenus secretam. Viennæ*, 1767.

Malgré que des milliers d'observations recueillies dans l'Europe entière, se fussent réunies pour démontrer l'inertie de tous ces remèdes, cependant l'opération du cancer tomba dans quelque discrédit, de sorte qu'on ne saurait disconvenir qu'ils n'aient exercé une influence fâcheuse sur les progrès de l'art.

A la vérité David van Gesscher continua de soutenir que les engorgemens qu'on était parvenu à dissiper par l'emploi de la ciguë ou d'autres substances pareilles, n'avaient rien de cancéreux, et que l'amputation est indispensable dans le véritable squirrhe (1); mais J. Barrows, non content de s'élever contre tous les médicamens administrés à l'intérieur, prétendit aussi que l'opération n'est pas moins nuisible (2). G. Rowley attaqua principalement le précepte d'amputer le sein de bonne heure, procédé qu'il trouvait d'autant plus cruel, qu'on peut toujours, disait-il, en administrant divers médicamens, sinon guérir le cancer, du moins lui enlever une partie de sa malignité, et qu'il repullule infailliblement après l'opération, de manière qu'on ne doit pratiquer cette dernière que quand des douleurs intolérables, ou des hémorrhagies trop abondantes, en imposent l'obligation. Mais lorsqu'il n'existe que de petits engorgemens partiels dans le sein, la cautérisation avec l'acide nitrique mérite la préférence sur l'instrument tranchant, et la plupart de ceux qui ont été extirpés sans reparaître ensuite, n'étaient bien certainement point de nature cancéreuse (3).

J. M. Gamet croyait les caustiques et le bistouri tout aussi nuisibles les uns que l'autre dans le

(1) *Proeve over de vornaamste langduurige gezwellen. Amst.* 1767.
(2) Nouvel essai de médecine pratique sur les cancers. Paris, 1767.
(3) *Prakt. treatise on the disease of the breast of women. London*, 1772.

cancer. L'opération, disait-il, a toujours un résultat funeste, et, quand l'issue en a été différente, c'est une preuve que la maladie pour laquelle on a cru devoir pratiquer l'extirpation, n'était point véritablement un cancer. A la fin de son livre, il vante un arcane (1) qui, ainsi qu'on ne tarda pas à le prouver, appartenait à la classe des substances corrosives, et à l'aide duquel il n'avait non plus guéri que des engorgemens bénins (2).

Cependant plusieurs observations recueillies à la même époque militent en faveur de l'opération faite au début de la maladie et avec l'habileté convenable. Kaltschmidt s'était extirpé à lui-même une glande axillaire, et avec plein succès (3). Bonnard (4), J. J. Roscius (5) et G. Siebold (6) publièrent les détails d'amputations du sein qui leur avaient parfaitement réussi ; et Ch. E. Kapp, malgré qu'il crût aux vertus de la ciguë, et à la possibilité de faire fondre les squirrhes par la suppuration, n'en recommanda pas l'opération avec moins d'instance, et assura qu'on n'a rien à craindre de l'hémorrhagie (7).

Cette dernière doctrine fut aussi celle que professa J. Ch. A. Theden. Jamais, dit ce praticien, la ligature ne lui a été nécessaire après l'amputation du sein ; mais il a toujours réussi à arrêter le sang avec l'éponge de Brossard, ou en comprimant avec la main (8). Pour exécuter l'opération elle-

(1) Nouvelle théorie des maladies cancreuses. Paris, 1772.
(2) *Richter's chirurg. Biblioth. T.* II, *st.* 3, *p.* 27.
(3) *Von einer glaecklich ausgeschnitte verhaertese Achseldruese. Jena.* 1764.
(4) Journal de médecine, vol. XXXVII.
(5) *Beschreibung einer gluecklich abgen. krebsh. Brust. Kœnigsberg,* 1769.
(6) *Collect. obs. med. chirurg. fasc.* I. *Bamberg.* 1769.
(7) *De exstirpat. tumor. in mammâ. Lips.* 1768.
(8) *Neue Bemerkungen und Erfahrungen*, *Th.* I, *p.* 46.

même, il n'employait qu'un bon bistouri et les mains, rejetant tous les autres instrumens. Mais il insiste principalement sur la nécessité d'astreindre ensuite le malade à un régime sévère et très-sobre, qui est le meilleur moyen pour prévenir les récidives. Il guérit deux engorgemens mammaires ulcérés et d'un très-mauvais aspect, par l'emploi de ce régime, aidé de quelques laxatifs et de l'application de l'huile de myrrhe à l'extérieur (1). Du reste, il condamne l'usage d'enlever sans nécessité une trop grande étendue de peau, car la cicatrisation s'opère bien plus rapidement lorsqu'on peut, après l'opération, rapprocher assez les bords de la plaie pour les mettre en contact; mais il faut sacrifier toutes les portions des tégumens qui sont désorganisées ou adhérentes : le mieux alors est de les circonscrire entre deux incisions demi-circulaires et plus ou moins courbes, dont les extrémités se réunissent ensemble (2).

En Angleterre, Jacques Hill amputait le cancer avec tant de succès, que sur quatre-vingt-huit cas il n'observa pas plus de douze récidives : toutes les autres malades furent parfaitement guéries. Ce praticien partageait l'opinion de ceux qui croyaient la ciguë efficace seulement dans les engorgemens froids, et tout-à-fait inerte, au contraire, tant dans le véritable squirrhe que dans le cancer (3).

Tel était aussi le sentiment de Pierre Bierchen, qui constata l'entière inutilité des crapauds, vantés par quelques personnes contre le cancer, et qui fit voir que la plupart des vrais cancers sont purement locaux dans le principe, de sorte que le meil-

(1) *Ibid. p.* 114.
(2) *Th.* II, *p.* 99.
(3) *Cases in surgery. Edinburgh*, 1772.

leur moyen qu'on puisse mettre en usage pour les guérir, consiste à les extirper radicalement. C'est pour cette raison que les caustiques ont réussi dans quelques cas particuliers, où ils purent consumer toutes les parties atteintes de dégénérescence. Mais dès que les glandes axillaires viennent à se tuméfier, le mal a déja jeté des racines trop profondes, et l'opération n'aurait point de succès (1).

J. D. Reichel eut la hardiesse d'opérer, malgré l'état de grossesse de la femme, un engorgement mammaire survenu durant les couches, et qui avait pris le caractère cancéreux à la suite d'un coup : il enleva le sein tout entier avec une portion du muscle grand pectoral, et un grand nombre de glandes axillaires qui étaient tuméfiées ; après quoi il fit prendre de la ciguë à sa malade. Cependant la mamelle et les glandes de l'aisselle du côté opposé s'engorgèrent après l'accouchement, d'autres accidens fâcheux se déclarèrent encore, et la femme mourut au bout de vingt mois : son enfant continua de jouir d'une bonne santé (2). P. van Esch (3) et J. G. Bauer (4) publièrent aussi quelques cas d'amputations du sein couronnées de succès.

J. L. Schmucker réussit de même dans la plupart des nombreuses opérations de mamelles cancéreuses qu'il fit durant sa longue pratique. Lorsqu'il s'agissait d'extirper un squirrhe, cet habile praticien faisait une incision longitudinale à la peau, sur le milieu de la tumeur, comprimait celle-ci en arrière, avec les doigts, pour la rendre saillante, passait à travers son épaisseur un instrument en

(1) *Intrædes tal om kraftskædor, scrophulæse och veneriske sor, och Swulnaders, etc. Stockholm*, 4772.

(2) *Richter's chirurgische Bibliothek*, *Th.* II, *st.* 4, *p.* 114.

(3) *Heelkondige waarnemingen. Gand.* 1772.

(4) *Zwo chir. Wahrnehn. Hersfeld*, 1773.

forme d'alène, et légèrement courbé, la soulevait, et la disséquait de toutes parts, tandis qu'un aide écartait les bords de la plaie. Quand la maladie, étendue à toute la mamelle, obligeait d'amputer entièrement cette dernière, il la soulevait avec la main gauche, et saisissant un bistouri de l'autre, il faisait, de haut en bas, à la peau, une incision demi-circulaire, à laquelle il donnait assez de profondeur pour pouvoir passer, au-dessous de la masse glandulaire, les doigts dont il se servait pour la détacher complètement, après quoi il achevait la section de la peau. S'il restait encore quelques parcelles du cancer, il les enlevait l'une après l'autre; ensuite il arrêtait l'hémorrhagie, soit avec le doigt, soit avec de l'agaric ou des compresses graduées. Il assure avoir essayé nombre de fois tous les moyens proposés contre le squirrhe et le cancer, sans qu'aucun ait jamais produit le moindre bon effet; mais les femmes qu'il opéra récouvrèrent une santé durable toutes les fois qu'avant de subir l'amputation, elles n'avaient pas les bords des paupières enflammés. Schmucker regardait cette dernière phlegmasie comme un signe annonçant que le virus cancéreux était répandu dans toute la masse des humeurs; aussi prescrivait-il de ne point pratiquer l'opération lorsqu'on le rencontrait, parce qu'autrement la malade ne tardait pas à périr de fièvre hectique (1).

Fr. Th. Oehme fut plus heureux que Reichel. Il sépara parfaitement du muscle pectoral, avec le bistouri et les doigts, une mamelle pesant dix livres, dure comme de la pierre, et couverte d'un cancer ulcéré, malgré que la femme fût enceinte :

(1) *Chirurgische Wahrnehmungen*, *Th.* II, *p.* 51.

il ménagea la peau autant que possible ; la malade guérit très-bien, et accoucha sans accident (1).

Quoique G. R. Lefebure de Saint-Ildefont eût prétendu que l'arsenic employé à doses croissantes, tant au dedans qu'au dehors, produit un effet certain et constant (2), cependant chaque jour on acquérait de plus en plus la conviction du peu de confiance qu'on devait accorder à tous les moyens semblables (3), et l'acide carbonique, dégagé de la potasse par le vinaigre, ne fut pas tant proposé par Peyrilhe, pour guérir le cancer, que pour calmer les douleurs et prévenir les récidives après l'opération (4). Deneke, de Stralsund, essaya presque tous les remèdes connus contre le cancer ; mais ou ils ne produisirent aucun effet, ou ils déterminèrent des douleurs insupportables et des accidens fâcheux, tandis que l'extirpation eut toujours un résultat très-heureux, même au milieu des circonstances les plus défavorables (5). A. F. Vogel, qui avait extirpé une mamelle toute entière, frappée de cancer, administra l'eau distillée du laurier-cerise, avec quelque succès, à la malade qui paraissait menacée d'une récidive ; mais bientôt les glandes de l'aisselle s'engorgèrent, la cicatrice se rouvrit, et la femme succomba (6).

Benjamin Bell était également d'avis que l'ablation avec le fer peut seule sauver les jours d'un individu atteint du véritable cancer : il allait plus loin encore, car il pensait que, quand même la maladie n'a frappé qu'une portion du sein, on doit

(1) *Observatio einer scirrheusen Frauensbrust mit offnem Krebs. Warschau*, 1774.

(2) Remède éprouvé pour guérir radicalement le cancer occulte et manifesté. Paris, 1775.

(3) *Richter's chirurg. Bibl. T.* IV, *st.* 2, *p.* 386.

(4) *Diss. de cancro. Paris.* 1774.

(5) *C. C. Lerche, Diss. observ. de cancro mammar. Gœtting.* 1777.

(6) *Chirurgische Wahrnehmungen. Luebeck*, 1778.

néanmoins extirper celui-ci tout entier, parce qu'il n'y aurait aucun avantage à en ménager une partie, et qu'il pourrait au contraire résulter de là quelque grand inconvénient. Du reste, il prescrit de ne pas enlever plus de peau qu'il ne le faut absolument, parce que moins la cicatrice extérieure est étendue, moins aussi l'irritation est considérable, et moins peut-être la récidive est à craindre. On doit toujours réunir la plaie par première intention, ou, quand la chose est impraticable, ne rien ménager pour en accélérer la cicatrisation, et, tandis que celle-ci s'opère, établir, dans le voisinage, un cautère ou un séton, qu'on entretient pendant quelque temps. L'opération n'est contre-indiquée que lorsqu'il y a plusieurs ulcères cancéreux à la fois, et que la tumeur a contracté des adhérences avec une partie essentielle à la vie, malgré que, dans ce dernier cas, on puisse enlever sans crainte des portions considérables du muscle pectoral (1).

Il importe sur-tout, enseigna Bell un peu plus tard, d'extirper le plus promptement possible jusqu'au moindre engorgement dans les glandes mammaires qui présente une certaine dureté, car assez ordinairement il dégénère en squirrhe; mais on doit de même opérer tous les cancers ulcérés, pourvu seulement qu'il soit possible d'enlever la masse cancéreuse dans son entier. A cet effet, on place la malade sur une table, ou on la fait asseoir sur une chaise: l'opérateur doit toujours être assis. Si la peau est parfaitement saine au-dessus de l'engorgement mammaire, on y fait une grande incision, autant que possible longitudinale, mais dont

(1) *A treatise on the theory and management of ulcers*, Edimburgh, 1778, *part.* II. *sect.* 8, §. 3, *p.* 269.

la direction est d'ailleurs déterminée toujours par celle de la tumeur, et dans laquelle on a soin de ne point comprendre le mamelon; on écarte les bords de la division, et faisant alonger le bras pour tendre le muscle pectoral, on dissèque toute la partie glanduleuse du sein; ensuite on examine attentivement la surface de la plaie, afin d'enlever tout ce qui ne paraît pas bien sain, on lie les artères, on éponge le sang, on rapproche les lèvres par quelques points de suture ou à l'aide de bandelettes agglutinatives, et on hâte la guérison par un léger point de compression. Mais quand la peau est partiellement altérée dans son tissu, ou seulement qu'elle a contracté adhérence avec la tumeur, on ne pratique la première incision longitudinale que dans l'endroit où elle est encore saine, après quoi on en fait une autre demi-circulaire, qui circonscrit les tégumens malades, et dont les extrémités se réunissent avec celles de la première, puis on enlève à la fois la glande et la peau qui la couvre. Enfin lorsque les glandes axillaires sont aussi engorgées, on dirige une incision depuis la plus éloignée jusqu'à la plaie de la poitrine, on l'extirpe après l'avoir traversée d'un fil, et on réunit les lèvres de la plaie par la suture sèche ou sanglante. En général, ajoute Bell, il faut épargner la peau autant que les circonstances le permettent, et réunir le plus promptement possible les lèvres de la plaie (1).

Suivant Pierre Camper, ce qu'il y a de plus important dans l'opération du cancer, c'est de la faire en temps opportun. Mais, pour pouvoir déterminer l'époque où l'on peut la pratiquer avec espoir de succès, il faut non-seulement avoir égard à l'état

(1) *Lehrbegriff der Wundarzney*, *Th.* II, *p.* 435.

des glandes de l'aisselle, mais encore examiner si la malade ne ressent pas, entre la seconde et la troisième côtes, une douleur lancinante, qui, de toutes les contre-indications, est la plus importante. Quand, malgré ces circonstances défavorables, on ne craint point d'amputer le cancer, toujours aussi on le voit reparaître. Camper n'a jamais été trompé par ce signe, et il prescrit de renoncer à l'opération lorsqu'on le rencontre, quelque nombreuses que semblent être d'ailleurs les chances de succès (1).

Cependant Michaelis prouva que ces règles générales ne pouvaient point s'appliquer à tous les cas sans exception. Il vit extirper avec succès un cancer occulte du sein et une glande axillaire engorgée, chez une jeune fille atteinte d'une violente inflammation et même d'une ulcération des glandes de Meibomius, que Schmucker craignait tant (2).

Chopart et Desault continuèrent d'enseigner qu'on peut parvenir à résoudre les squirrhes qui débutent, en faisant prendre intérieurement des préparations arsenicales. Pour extirper ces tumeurs, ils faisaient une incision cruciale ou en T, après quoi ils se servaient des anciennes pinces ou d'une double érigne. Quant à l'amputation, ils l'exécutaient au moyen de deux incisions demi-circulaires, dirigées horisontalement ou perpendiculairement, et dont ils commençaient toujours par pratiquer l'inférieure (2). Ayant à extirper un cancer ulcéré de la mamelle, qui présentait une masse d'un volume énorme, Desault, après avoir fait cette dernière incision, fit tirer le tissu cellulaire en arrière par un aide, tandis que lui-même ramenait la peau en avant et la détachait de la substance glan-

(1) *Genees-natuur-en Huishondkondig Kabinet.* 1779, *n.°* 3, *p.* 194.
(2) *Richter's chirurg. Bibl. T.* V, *st.* 1, *p.* 130.
(3) *Anleitung zur Kenntniss aller chirurg. Krankh. T.* II, *p.* 44.

dulaire du sein, procédé que Richter loue beaucoup, parce qu'il rend la dissection plus facile, et qu'il met le chirurgien à portée d'enlever toutes les portions du tissu cellulaire qui peuvent être altérées. Desault lia ensuite quatre artères, mais il remplit la plaie de charpie, contre tous les préceptes des modernes, qui recommandaient la réunion immédiate avec tant d'instance (1). Dans un autre cas, où il existait en même temps une glande axillaire engorgée, ce praticien prolongea l'incision jusqu'à elle, et l'extirpa après avoir lié le pédicule artériel auquel elle tenait (2). Cependant il modifia légèrement son procédé opératoire par la suite, car il plongea dans l'aisselle un bistouri qu'il conduisit ensuite jusqu'au sternum, en lui faisant décrire une courbe au-dessous du sein : l'incision étant achevée, il détacha le tissu cellulaire ainsi que diverses portions malades du muscle pectoral, et, tandis qu'un aide tirait les tégumens de bas en haut, il les coupa également au-dessus de la mamelle par une incision demi-circulaire, après quoi il disséqua aussi le tissu cellulaire, en faisant tendre la peau dans le sens inverse; la plaie fut remplie de charpie. Desault prescrit de ménager la peau autant que possible. Il veut que la direction de l'incision se règle toujours sur celle de la tumeur, mais qu'on la rende néanmoins horizontale toutes les fois que les circonstances le permettent, et qu'on fasse agir le bistouri en dédolant (3).

Cagnion éprouva combien l'issue de l'opération est quelquefois heureuse, malgré qu'on la fasse au milieu des conditions les moins favorables. Il amputa le sein d'une femme dont le teint était déjà

(1) Journal de médecine, vol. LXXXVII.
(2) *Auserlesene chirurg. Wahrnehmungen*, *Th.* II, *p.* 30.
(3) *Chirurg. Nachlass*, *Th.* IV, *p.* 15.

plombé, chez laquelle il fut obligé de couper une grande partie du muscle pectoral, et qui lui offrit en outre une côte frappée de carie. Cette dernière s'exfolia, la plaie guérit parfaitement, et la femme jouissait encore d'un très-bonne santé quinze ans après l'opération (1).

Diverses opérations dont B. Wilmer a retracé les détails, militent fortement en faveur de la réunion immédiate des bords de la plaie. Ce praticien ayant opéré plusieurs femmes dont la maladie était au même degré, vit périr d'une récidive celles chez lesquelle il permit à la plaie de suppurer, tandis qu'il sauva les jours de toutes celles dont la plaie fut réunie immédiatement (2).

Une femme, à laquelle Guyetant venait d'amputer un squirrhe mobile et indolent, ne tarda pas à s'endormir, et mourut (3); selon Richter (4), parce qu'on ne lui avait pas donné d'opium.

J. C. Justamond proposa encore une liqueur anticancéreuse, composée de fer, de sel ammoniac, etc., mais qui ne fut pas aussi bien accueillie que l'avaient été la ciguë et la belladone (5). A. T. Richter soumit les anticancéreux à un examen approfondi, et donna la préférence à la belladone sur tous les autres. Mais il n'en pensait pas moins que le cancer n'est vraisemblablement point une maladie spécifique, et que c'est seulement un ulcère de très-mauvaise nature, comme il en existe beaucoup d'autres, ce qui explique les observations contradictoires recueillies par les auteurs, touchant l'efficacité de tel ou tel médicament, et l'issue de

(1) *Desautl's Auberles. chirurg. Wahrnehm. Th.* II, *p.* 130.
(2) *Cases and remarks in Surgery. London*, 1779.
(3) Journal de médecine, vol. XLIX, 1778.
(4) *Richter's chirurg. Bibl. T.* V, *st.* 2, *p.* 195.
(5) *An account of the method, in the treatment of cancrous disorders. London*, 1780.

l'opération. Quelque porté que Richter fût pour cette dernière, dans les cas où aucune contr'indication ne s'élevait contr'elle, cependant il ne paraissait pas fort éloigné de croire qu'on peut résoudre un squirrhe qui commence : seulement il ne faut pas employer à cet effet des remèdes trop violens, afin de ne le pas faire abcéder, et de ne point le convertir en un véritable cancer. Après avoir fait une incision longitudinale droite, ou deux incisions demi-circulaires, Richter saisissait la tumeur avec le crochet de Bromfield, ou avec les pinces d'Helvétius, l'extirpait, et réunissait les bords de la plaie par quelques points de suture. Mais lorsque la peau était altérée dans une trop grande étendue, il amputait la tumeur toute entière à sa base (1).

Quelques années après, Richter présenta, un peu modifiée, son opinion sur l'efficacité des médicamens contre le cancer. L'amputation du sein serait bien plus souvent couronnée de succès, disait-il, si l'on ne la considérait pas comme la dernière ressource, et si l'on y avait recours avant de rien mettre en usage. Elle réussit presque toujours dans le squirrhe indolent, rarement dans le cancer occulte, et presque jamais dans le cancer ulcéré. Le meilleur moyen pour prévenir les récidives consiste à réunir la plaie par première intention, et Monro n'obtint aussi peu de succès, que parce qu'il était dans l'usage de la laisser suppurer. Si la peau est parfaitement saine, on fait deux incisions demi-circulaires qui comprennent le mamelon, s'étendent obliquement de l'épaule à l'extrémité du sternum, et dépassent d'un travers de doigt la circonférence du sein. Quand la mamelle n'a

(1) *Anfangsgruende der Wundarzneyk.* T. I, p. 257.

qu'un volume ordinaire, ces incisions ne doivent point être distantes de plus de trois travers de doigt dans leur plus grand écartement ; mais si la peau n'est point saine, on leur fait embrasser toute la portion malade, de sorte que leur forme se rapproche davantage de celle d'un cercle. Après qu'elles sont terminées, on détache d'abord un des lambeaux, puis la masse glandulaire, et enfin le second lambeau ; on nettoye bien la plaie de tout ce qui paraît suspect, on arrête l'hémorrhagie, sans trop se hâter néanmoins, par la ligature ou le tamponnement, et l'on réunit les bords de la plaie au moyen de bandelettes agglutinatives, car il est rare qu'on ait besoin de recourir à la ligature. Les glandes axillaires engorgées doivent toujours être extirpées immédiatement après l'opération : on les tire à soi de haut en bas, avec deux doigts, et on les coupe, après avoir lié un fort vaisseau qui s'y rend. Tout espoir n'est point encore perdu lorsque la maladie récidive, cas où le cautère actuel ne saurait trop être recommandé. Au reste, le mieux est d'amputer le sein tout entier, lorsqu'il existe un squirrhe d'un certain volume (1).

Cependant une observation de J. Mohrenheim démontre qu'il n'est pas toujours nécessaire de recourir à ce moyen extrême. Ce praticien n'extirpa qu'un tubercule mammaire, et laissa même subsister une glande légèrement engorgée : la plaie prit à différentes reprises un assez vilain aspect, mais néanmoins la malade guérit par l'emploi de légers remèdes. Mohrenheim amputa aussi un cancer ulcéré avec succès, et des ulcérations lardacées qui se manifestèrent sur la cicatrice, après la guérison

(1) *Ibid.* T. IV. p. 386.

et au temps des règles, cédèrent sans peine à l'usage du camphre et du sucre (1).

En France on vit de nouveau s'élever quelques voix contre l'amputation du cancer au sein. Cl. Pouteau ne rejeta, il est vrai, l'opération que dans les cancers de la mamelle qui ne dépendent point d'une cause externe, parce que ceux-là tirent leur source de l'utérus, et, après l'extirpation, il établissait des exutoires, puis soumettait la malade au régime de l'eau, pour prévenir les récidives (2); mais Campardon blâma hautement toute opération quelconque, dans quelque cas que ce fût, parce qu'il croyait que la masse du sang est toujours imprégnée d'un virus cancéreux. Il soutenait qu'aucune des tumeurs qu'on avait guéries par l'opération n'était cancéreuse, et lui-même vit l'affection repulluler après l'extirpation, de sorte qu'il voulait qu'on se bornât à un traitement purement palliatif (3).

Mais C.-L. Schmalz assura bientôt après n'avoir jamais observé qu'un cancer reparût, lorsqu'on n'avait pratiqué l'opération que pour un squirrhe encore indolent. Au contraire, ajoutait-il, l'ablation du sein procure rarement une guérison radicale quand la tumeur est douloureuse, et elle est toujours suivie de la récidive du cancer ulcéré. Il amputa, et avec plein succès, un sein qui pesait trente livres, malgré que la femme fût atteinte de fièvre, d'insomnie et d'œdème des jambes, et il prétend avoir guéri un cancer ulcéré, dans l'espace de deux ans, par l'emploi de l'arsenic à l'intérieur et à l'extérieur (4). Gerrit Jan van Wy insista de

(1) *Richter's chir. Bibl. T.* VI, *st.* 4, *p.* 537.
(2) OEuvres posthumes, vol. I, vol. III, Supplém. p. 375.
(3) Journal de médecine, vol. LV, avril.
(4) *Seltene chir. und medic. Vorfaelle. Leipzig*, 1784.

même sur la nécessité indispensable d'amputer le sein cancéreux, et lui-même extirpa fort heureusement, d'abord une glande axillaire, puis la mamelle elle-même, en ayant grand soin de ménager la peau (1). H. Fearon, fidèle aux preceptes de Bell et de Richter, soutint que jusqu'alors on était tombé dans deux extrêmes également faux, les uns considérant le cancer comme une maladie absolument incurable, les autres accordant trop de confiance à certaines substances médicamenteuses, mais tous négligeant de fixer l'époque de l'opération, qui est le seul et vrai moyen de salut. Le point essentiel dans la méthode de Fearon, est de ne jamais laisser suppurer la plaie, et de la réunir toujours par première intention. Ce praticien attribuait aussi le défaut de succès de Monro, à ce qu'il n'observait pas ces deux préceptes. Fearon coupait la peau en travers sous le mamelon, détachait les tégumens de la masse glanduleuse, détruisait les adhérences de cette dernière avec le muscle grand pectoral, l'enlevait ensuite, rapprochait les lèvres de la plaie au moyen de quelques bandelettes agglutinatives, exerçait une compression modérée avec une bande de flanelle, et fixait le bras pour le rendre immobile. Jamais il n'a trouvé l'hémorrhagie assez abondante, pour être obligé de recourir à la ligature (2). Quant aux tubercules isolés dans la glande mammaire, il se flatte d'en avoir souvent procuré la fonte par des saignées répétées et l'application des sangsues (3).

Henri Callisen porta le même jugement à-peu-près sur les affections dont il s'agit. La prompte

(1) *Heelkondige mengelstoffen. Amsterdam*, 1784.
(2) *A treatise on cancer. London*, 1784.
(3) *Mem. of the London med. Society, vol.* II. *London*, 1789.

ablation lui paraissait indispensable, sur-tout dans le cancer des mamelles, à cause de la multiplicité des vaisseaux lymphatiques; mais, à une époque plus avancée, et principalement lorsque le cancer se développe sans cause connue, après la quarantième année, on le voit presque toujours reparaître malgré l'opération, au bout même de plusieurs années, et à peine Callisen vit-il survivre une femme, parmi toutes celles âgées de plus de trente ans, qu'il opéra. Il pratiquait cette ablation à-peu-près de la même manière que Richter; seulement il ne s'attachait ni à ménager la peau, ni à réunir la plaie par première intention. Quand le mal avait jeté de profondes racines, il n'épargnait ni les muscles pectoraux, ni les intercostaux, ni même les côtes. Jamais il n'a eu besoin de lier aucun vaisseau : il arrêtait l'hémorrhagie par le tamponnement ou par la pression du doigt, et couvrait ensuite la plaie de charpie (1).

Quoique plusieurs des chirurgiens les plus célèbres comptassent fort peu sur l'opération dans le cancer ulcéré, cependant nous ne manquons pas d'observations qui s'élèvent contre leurs décisions. Ainsi, Unzer amputa une mamelle cancéreuse ulcérée et du poids de huit livres, avec un succès complet : une hémorrhagie abondante qui survint fut arrêtée par la compression exercée d'une manière assez singulière, à l'aide d'une assiette d'étain (2). Le Comte rapporte de même un cas qui prouve clairement qae le cancer ulcéré peut lui-même être quelquefois une affection purement locale, et que quand le mal recidive après l'opération, tout espoir n'est cependant point encore éva-

(1) *Princip. syst. chir. hod. Pars* II, *p.* 132.
(2) *Verm. chirurg. Cautelen. Th.* II. *Francf.* 1789.

noui. En effet, ce praticien amputa un cancer pareil à une femme enceinte de trois mois, et, quoique la plaie prît, à trois reprises différentes, un aspect des plus alarmans, il n'en parvint pas moins à réprimer chaque fois les fongosités, par l'application du fer rouge, et à procurer une guérison radicale et durable après vingt-deux mois de traitement (1).

Georges Bell comptait bien moins sur l'opération. A la vérité l'amputation lui semblait la meilleure ressource dans le squirrhe indolent, mais il la rejetait dans le cancer ulcéré, auquel il voulait qu'on n'opposât que des calmans et des palliatifs. Dès qu'on sent de la fluctuation dans une tumeur cancéreuse au sein, il faut s'empresser de l'ouvrir; ensuite on scarifie la peau rouge et enflammée, puis on emploie l'eau tiède en bains et en injections, dans le même temps qu'on soumet le malade à un régime approprié (2). Geoffroy était du même avis, et il essaya de démontrer, par divers exemples, qu'aussitôt qu'un tubercule dans le sein devient cancéreux, on ne doit point compter sur la réussite de l'opération, et que la guérison, si elle a lieu, est ordinairement d'une fort courte durée (3). A. F. Lœffler, qui, en pratiquant l'extirpation d'un prétendu squirrhe du sein, ne trouva qu'une simple tumeur enkystée, soutint que les erreurs de cette nature devaient être très-fréquentes, et qu'il n'y avait qu'un signe auquel on pût reconnaître infailliblement le cancer, son incurabilité absolue (4).

(1) Journal de médecine, vol. LXXIII, 1787, octobre.
(2) *Thoughts on the cancer of the breast. Birmingham*, 1788.
(3) Médecine éclairée, vol. II. Paris, 1791.
(4) *Loeffler's Beytraege zur Arzneywyssenschaft. Leipzig et Altona*, 1791.

Au contraire, C. C. Siebold extirpa un énorme squirrhe du sein qui commençait à devenir cancéreux, et, un an après, il enleva une glande qui s'était développée dans l'aisselle de la même malade (1). J. Birch fit l'ablation d'un autre squirrhe qui s'était converti en un énorme cancer ulcéré, par les soins mal entendus d'un charlatan (2). Forcé d'opérer une femme dont le sein était affecté d'un cancer, et présentait en même temps une altération bien prononcée dans les tégumens, il ménagea autant que possible la peau, et extirpa la tumeur en la cernant par deux incisions demi-circulaires (3). Toutes les malades qui furent traitées de cette manière, guérirent parfaitement, et jouirent ensuite d'une santé parfaite.

Scarpa adopta le précepte de Bell, suivant lequel il faut amputer la mamelle entière, même lorsqu'elle n'est squirrheuse que partiellement. A la vérité il enseigna qu'on ne doit jamais se hâter trop de faire l'opération, et que la prudence exige qu'on la pratique seulement quand on a sujet de croire que la maladie se propagerait au loin si l'on n'y avait pas recours, ajoutant qu'il est plus facile, au bout d'un certain temps, de juger des progrès qu'elle a pu faire, que quand le squirrhe n'a pas pris encore tout l'accroissement dont il est susceptible ; mais il prétendit que le plus sûr moyen de prévenir les récidives consiste à enlever le plus possible de la substance du sein, d'autant plus que la maladie s'étend toujours au-delà du squirrhe apparent, et qu'un tubercule de la grosseur du pouce exige, pour être extirpé, une incision aussi étendue que celui qui présente un volume double (4).

(1) *Chirurgisch. Tagebuch. Nuernberg*, 1792.
(2) *Ehrlich's Beobachtungen*, *p.* 118.
(3) *Ibid.* p. 123.
(4) *Pract. obs. n ocancerous complaints. London*, 1793.

J. P. Palletta manifesta une opinion directement opposée à celle de tous les chirurgiens modernes. Il s'en faut, dit cet écrivain, que le squirrhe commençant, sur-tout lorsqu'il n'est pas produit par une cause extérieure, soit toujours une affection purement locale, et communément on peut le considérer comme l'annonce d'une disposition générale au cancer. Ce sont probablement des malades de cette dernière catégorie que Monro a opérés, et l'on conçoit alors pourquoi il ne réussit jamais, l'insuccès ne devant pas être attribué à un vice de la méthode qu'il employait; car très-souvent on voit survenir des récidives et la mort, même après avoir fait l'opération pour des squirrhes peu anciens et indolens, avec l'attention de ménager autant que possible la peau, et en se conformant strictement au procédé de Pearson. C'est pourquoi Palletta ne croyait pas qu'il fût fort avantageux de ménager beaucoup les tégumens; il coupait tout ce qu'il trouvait trop aminci, et n'épargnait même pas le mamelon, dont il recommandait, au contraire, de faire toujours l'ablation. On ne doit jamais opérer un cancer ancien, qui s'est propagé jusqu'à la poitrine, ou qui est compliqué d'une diathèse cancéreuse, et en général même il ne faut considérer l'opération que comme un simple palliatif (1). Joseph et Charles Wenzel paraissent avoir eu à peu près la même manière de penser. Ils virent Weidmann amputer un grand nombre de seins squirrheux ou cancéreux, et toutes ses malades guérir fort bien : mais plusieurs, quoique la cicatrice fût déja établie depuis quelque temps, offrirent des récidives, qui semblaient par conséquent dépendre d'un état particulier de la peau et du tissu adipeux.

(1) *Weigel's Italiaenische Bibliothek, Th.* III, *st.* 2, *pag.* 199 (*Leipzig*, 1797.)

Cependant jamais ces nouveaux squirrhes, dont les circonstances ne permettaient point de faire l'ablation, n'atteignaient leur ancien volume, de sorte qu'on peut toujours considérer l'opération au moins comme un palliatif. Du reste, les frères Wenzel étaient persuadés qu'aucun topique ne saurait guérir ni un squirrhe, ni un cancer, mais que l'application des adoucissans peut rendre pendant fort long-temps stationnaires les cancers ulcérés dont l'amputation est impraticable (1).

Joseph Flajani soutint qu'on doit toujours opérer sur le champ un cancer dont les accidens ne s'étendent pas au-delà de la poitrine; car malgré qu'on parvienne quelquefois à faire fondre un squirrhe, ce mode heureux de terminaison est trop rare pour engager à ne point pratiquer l'opération. Mais si des douleurs se font ressentir dans l'aisselle ou dans le bras, ou, à plus forte raison, s'il y a des glandes axillaires engorgées, il ne faut pas opérer, puisque, quelque succès qu'on puisse avoir d'abord, la plaie guérit avec beaucoup de peine, et qu'il survient souvent des rechutes, quand on ampute trop tard. C'est à la promptitude avec laquelle il opéra ses malades que Flajani attribue le bonheur qu'il eut de n'observer que deux cas de récidive sur vingt sept. Il ne lui paraît avantageux ni de ménager la peau, ni de réunir la plaie par première intention. Au contraire on doit favoriser la suppuration et l'écoulement du pus, autrement ce fluide s'amasse sous la peau, et attaque les autres parties. Jamais les rechutes ne sont plus fréquentes qu'après les guérisons trop promptes; aussi Flajani ne rapprochait-il les bords de la plaie avec des emplâtres agglutinatifs, que quand elle avait pris

(1) *Arnemann's Magazin*, *T.* II, *st.* 3, *p.* 336.

une forme ronde. Cependant il croit que l'opération peut également avoir une bonne issue dans le cancer ulcéré, parce que, sur sept femmes, dans ce cas, qu'il opéra, quatre guérirent, deux conservèrent des plaies cancéreuses qui furent supportables pendant long-temps, et une seulement mourut de consomption. Mais quand le cancer a envahi tout le sein, rendu le bras douloureux, et tuméfié les glandes de l'aisselle, quand il y a des douleurs lancinantes continuelles avec de la fièvre, et que la maladie s'est montrée à la suite de la suppression des règles ou de toute autre évacuation quelconque, l'opération hâte infailliblement la mort de la malade. En toute autre circonstance, on doit la considérer comme le seul moyen qu'on possède pour détruire la plus redoutable des affections, malgré qu'elle ne soit cependant pas toujours couronnée d'un succès aussi complet que l'extirpation d'un engorgement mammaire de nouvelle formation.

Mais plusieurs des opérations dont Flajani rapporte les résultats semblent presque s'élever en faveur de l'opinion des frères Wenzel ou de Palletta. Ainsi ce praticien enleva une glande mobile du sein, avec beaucoup de graisse et de tissu cellulaire : au bout de deux ans la cicatrice se couvrit d'un tubercule douloureux, qu'il extirpa de nouveau; à peine cette plaie était-elle complètement cicatrisée, qu'elle s'ulcéra de nouveau, et la malade finit par succomber. Une autre femme, dont la mamelle entière s'était endurcie après l'extirpation successive de deux squirrhes, fut radicalement guérie par l'amputation. Au reste, Flajani paraît avoir été d'opinion qu'un certain traitement préparatoire peut tellement améliorer un cancer non-opérable, qu'il devienne praticable de l'amputer avec espoir de réussir. C'est

au moins ce qu'on peut conclure des observations qu'il rapporte (1).

Non-seulement Flajani, mais beaucoup d'autres praticiens encore avaient déclaré, et certainement avec raison, qu'un cancer au sein survenu après la suppression des règles n'était pas opérable. Un cas rapporté par Guillaume Hey s'élèverait contre cette proposition générale, si l'on pouvait considérer la maladie dont l'auteur parle comme une véritable affection cancéreuse : une tuméfaction énorme du sein se manifesta chez une jeune fille de quatorze ans, à la suite de la suppression du flux menstruel : la tumeur fut extirpée avec l'attention de ménager la peau ; la plaie guérit sans peine, les règles se rétablirent d'elles-mêmes, et la malade se trouva parfaitement guérie (2). Cependant G. Bell, et plusieurs autres praticiens, avaient déja dit qu'il survient des gonflemens subits des seins, dont le siége n'est point tant dans les glandes mammaires elles-mêmes, que dans les parties environnantes, et qui ne sont point proprement cancéreux, remarque qui diminue beaucoup l'importance du cas décrit par Hey.

Schrag reconnut aussi que l'état chassieux des yeux, et les douleurs déchirantes dans les membres ne s'opposent pas toujours au succès de l'opération du cancer. Une personne atteinte d'un cancer ulcéré présentait en outre ces deux ordres de symptômes ; cependant Schrag l'opéra sans trop épargner la peau, et elle guérit très-bien (3). Dans un autre cas, où la mamelle droite avait déja été amputée autrefois, et où la gauche présentait trois glandes isolées, ce même praticien fit deux incisions demi-circulaires depuis l'épaule jusqu'à l'extrémité inférieure du

(1) *Collezzione d'osserv. e riffession, vol.* I, *Oss.* 66. 70, *p.* 256.
(2) *Pract. obs. on surgery. London*, 1803.
(3) *Loder's Journal*, *Th.* IV; *st.* 4, *p.* 674.

sternum, détacha ensuite la masse glandulaire sans beaucoup de peine, lia les artères, rapprocha les bords de la plaie, et guérit sa malade. Mais comme il ne dit pas si le sein amputé par le passé était cancéreux, que l'observation, examinée avec soin, indique assez que la malade était scrophuleuse, et enfin qu'on trouva dans chacun des engorgemens une épingle qui l'avait peut-être déterminé avec le concours de la diathèse scrophuleuse (1), à peine ce cas peut-il servir à prouver, comme le pense l'auteur, que l'amputation d'un sein est quelquefois couronnée de succès, lorsqu'un cancer s'y est développé, par récidive, après l'ablation d'un autre.

Ph. Michaelis rapporta une observation à l'appui du précepte, établi par Camper, de ne jamais opérer lorsque les douleurs s'étendent sous les côtes : une femme avait des glandes engorgées dans le sein, la peau très-altérée, les glandes axillaires tuméfiées, des douleurs dans les bras et entre les côtes du côté malade; Michaelis amputa la mamelle toute entière, sans toucher aux glandes de l'aisselle, dont il croyait le gonflement sympathique; mais, au bout de quelques mois, il fut obligé de les enlever aussi, et la femme ne tarda pas à périr (2).

Sim. Zeller de Zellenberg amputa un sein frappé de cancer ulcéré, entièrement couvert de fongosités et de veines variqueuses, présentant plus de deux pieds de diamètre, et compliqué d'engorgement des glandes de l'aisselle : la mobilité de la tumeur et l'absence de la toux lui firent présager une heureuse issue. Il enleva toute la mamelle avec les glandes axillaires, sans s'effrayer de l'hémorrhagie redoutable qui eut lieu, et qu'il étancha par le

(1) *Ibid. Th.* III, *st.* 1, *p.* 85.
(2) *Ibid. st.* 4, *p.* 615.

moyen de l'eau froide, de la ligature et de l'agaric de chêne. Quant à la plaie, il la couvrit d'un épais gâteau de charpie maintenu par des compresses, et la guérison, qui fut radicale, eut lieu au bout de quatorze semaines. Zeller n'attribue pas tant ce retard à la non-attention de rapprocher les bords de la plaie, qu'à la nature du moyen dont on se servit, et à l'emploi qu'on négligea de faire des aspersions d'eau froide (1).

Charles Bell prétend n'avoir vu réussir que dans un très-petit nombre de cas l'amputation d'un sein véritablement cancéreux; presque toujours l'opération était suivie de récidive ou de consomption. Il regarde l'extirpation des glandes axillaires comme une opération très-dangereuse, et pense qu'on ne doit enlever le squirrhe seul, sans sacrifier tout le sein, que quand la tumeur est isolée, parfaitement libre, et superficielle. Dès que la peau qui la couvre devient d'un rouge foncé, il faut se hâter d'opérer; mais souvent, ajoute Bell, on ne peut pas déterminer si la maladie a fait assez de progrès déjà, pour que l'opération n'ait d'autre résultat que d'accélérer la mort du malade, à la volonté duquel on doit obéir en pareil cas. Ce praticien fait deux incisions semi-lunaires, dirigées de haut en bas, qui doivent toujours circonscrire le mamelon, devenu inutile après l'opération, et dans lesquelles il ne faut pas trop s'attacher à ménager la peau, procédé qui ne fait qu'augmenter les difficultés de l'opération, et qui ne sert à rien; ensuite, il dissèque la masse glandulaire de haut en bas, et de dehors en dedans, puis il lie les vaisseaux; si les glandes axillaires se trouvent gonflées, il dirige une incision de la partie

(1) *Abhandlung ueber die ersten Erscheinungen venerischen Localkrankheitsformen. Wien.* 1810, *p.* 194.

supérieure de la plaie vers l'aisselle, et les dissèque de bas en haut; il enlève aussi une portion du muscle pectoral, en cas de besoin : l'opération terminée, il rapproche les lèvres de la plaie avec des bandelettes agglutinatives (1).

Samuel Cooper conseille d'extirper avec célérité tous les engorgemens des seins, qu'ils soient ou non cancéreux, parce qu'ils ont au moins de la tendance à dégénérer en cancers. Dans toutes ces extirpations, il ne faut pas se borner à enlever les parties dégénérées, et l'on doit sacrifier également tout ce qui les entoure. Cooper croit que la cause des récidives réside, le plus souvent, dans la peau, et particulièrement dans le mamelon, de sorte qu'il ne faut conserver des tégumens que ce qui est absolument nécessaire pour couvrir ensuite la plaie. Pour exécuter l'opération, il fixe le bras en arrière, au moyen d'un bâton passé sous le coude. Dans les tumeurs purement sarcomateuses, il fait à la peau une incision simple et droite, dont la direction se règle sur celle de la tumeur : mais, dans le squirrhe et le cancer, il en pratique deux courbes qui, par leur réunion, forment un ovale ou un cercle. Ensuite il dissèque la tumeur de toutes parts, en coupe la base de haut en bas, lie les principaux vaisseaux, sans trop s'attacher à arrêter le sang, et réunit la plaie par le moyen de bandelettes agglutinatives, après avoir rassemblé toutes les ligatures dans les angles (2).

C. B. Zang saisit les petits squirrhes dans l'aisselle, lorsque la peau est bien saine, avec un petit crochet pointu, après les avoir mis à nu par la section d'un pli transversal à la peau, et il les extirpe

(1) *System of operative surgery*, *vol.* II, *p.* 133.
(2) *Dictionary of practical surgery*, *p.* 687.

pendant qu'un aide écarte les lèvres de la plaie au moyen de deux crochets mousses. Quand la tumeur repose sur un vaisseau ou sur un tronc nerveux, il la tire à soi, la fait lier par un aide, et la coupe au devant de la ligature. Mais si la peau est altérée sur la glande, et adhérente à elle, ou si l'engorgement présente un volume considérable, Zang fait deux incisions demi-circulaires, comprenant tout ce qui est malade ou superflu, et procède ensuite de la même manière que ci-dessus. S'il lui paraît trop dangereux d'enlever la tumeur toute entière avec le bistouri, il en coupe le plus qu'il lui est possible, et lie le reste aussi bien que faire se peut. (1)

Il conseille aussi d'opérer sans délai, non seulement tout squirrhe ou cancer bien déclaré, mais encore tout engorgement glanduleux analogue et suspect, et de ne point perdre un temps précieux à administrer des médicamens internes. A la vérité l'opération n'est, à ses yeux, qu'un palliatif, parce que le cancer et le squirrhe ne sont jamais purement locaux, mais tiennent toujours à une diathèse générale, et il croit même que toutes les femmes qui ont été radicalement guéries par l'amputation, ne portaient point un véritable cancer: cependant il ne pense pas que, même comme telle, on doive la rejeter, pourvu que le mal ne soit pas trop avancé, qu'il ne fasse pas de trop rapides progrès, ou qu'il ne soit pas disposé de manière à ne pas permettre qu'on l'enlève tout entier. Il importe sur-tout d'avoir égard à l'état de la peau, qui guide dans la direction qu'on doit donner à l'incision. Cette dernière est perpendiculaire, lorsque la peau n'a point souffert, ou, s'il faut extirper en même temps les

(1) *Darstellung blut. heilk. Op. Th.* III, (*Wien*, 1818), *p.* 71.

glandes de l'aisselle, elliptique à sa partie supérieure : s'il y a dégénérescence à la peau, on la circonscrit par deux incisions semi-lunaires ou par une incision circulaire. Zang détache la glande de la peau et du muscle pectoral d'après les préceptes connus, procède toujours de bas en haut, et arrête l'hémorrhagie par la ligature, quand celle-ci est praticable. Un exutoire à la nuque, qu'on doit constamment établir avant l'opération, est, combiné avec un régime très-sévère, le meilleur moyen pour prévenir les récidives, qu'on peut aussi combattre, lorsqu'elles surviennent, à l'aide de la pommade du frère Côme, de l'acide nitrique concentré, et d'un traitement interne bien dirigé. Enfin, s'il n'existe qu'une glande squirrheuse isolée dans le sein, on peut l'extirper seule, après avoir fait une incision droite ou deux incisions demi-circulaires aux tégumens ; mais comme on ne saurait jamais déterminer exactement quelles sont les limites du squirrhe, le mieux est encore, dans un cas pareil, d'amputer le sein tout entier. (1)

(1) *Ibid. p.* 81.

FIN DU TOME HUITIÈME.

TABLE

DU TOME HUITIÈME.

A.

B.

C.

D.

E.

H.

K.

L.

S.

U. V. W.

Y. Z.

FIN DE LA TABLE DU TOME HUITIÈME.

AVIS.

La pagination de ce volume a été manquée, entre les pages 288 et 289 se trouvent douze pages numérotées par erreur 277, 278, etc.

Lorsqu'un nom indiqué par la table à la page 289, 290, 291, etc., ne se trouvera pas dans les pages du texte sous ces numéros, il faudra chercher ce nom entre les pages 288 et 289; c'est-à-dire dans les douze pages numérotées par erreur 277, 278, etc.

Voici la correspondance de la table avec ce texte mal numéroté :

NUMÉROS

De la table.	Du texte.
289	277
290	278
291	279
292	280
293	281
294	282
295	283
296	284
297	285
298	286
299	287
300	288

Imprimerie de Migneret, rue du Dragon, N.° 20, F. S. G.